BREVIARIO
DE
MEDICINA LEGAL
EN LA
REPÚBLICA DOMINICANA

WILFREDO MORA GARCÍA

Serie: Informes de criminología y ciencias forenses

WILFREDO MORA GARCÍA

BREVIARIO DE MEDICINA LEGAL EN LA REPÚBLICA DOMINICANA

2

SOCIEDAD DOMINICANA DE CRIMINOLOGÍA

Mora García, Wilfredo. Breviario de Medicina Legal. República Dominicana / Wilfredo Mora García. — Santo Domingo : Editora Búho, 2008.
479 p. — (Colección Pensamiento Criminológico Dominicano)

ISBN: 978-9945-434-01-9

1. Medicina Legal en República Dominicana 2. Administración de Justicia Penal-República Dominicana I. Título. II. Serie.

© 2008: Copyright by Wilfredo Mora García, editor.
© 2008: Sociedad Dominicana de Criminología, Inc.
Santo Domingo, República Dominicana.
pensamientocriminologicodominicano@hotmail.com
1ra. edición, Junio de 2008
1,000 ejemplares

Diagramación y composición:
Sociedad Dominicana de Criminología

Director de la Colección:
WILFREDO MORA GARCÍA

Ninguna parte de esta publicación, incluido el diseño de la cubierta, puede ser reproducida, almacenada o transmitida en manera alguna ni por ningún medio, ya sea electrónico, químico, mecánico, óptico, de grabación o de fotocopia, sin permiso previo del autor y la Colección.

Impreso en República Dominicana
Printed in Dominican Republic

«Conocer la patología forense es conocer la medicina y la justicia»

Tratado de Medicina General, 1895.
Sir William Osler (1849-1919).

«Quis, quid, ubi, quibus auxiliis, cur, quommodo y quando»

Manual del Juez. Graz, 1892.
Hans Gross (1847-1915).

DEDICATORIA

Para mi adorada madre Ana Agustina García Cruz (†).

Y para que estén juntos en este mismo trabajo, lo dedico
a mi esposa Elizabeth y a mis dos hermosos vástagos:
Dmitri y Viera.

De manera muy especial este libro, también está dedicado a la querida memoria del profesor Leoncio Ramos Jerez, fundador de la criminología dominicana.

CONTENIDO

Dedicatoria.....7
Prefacio.....15

Introducción

Capítulo I
Introducción

Medicina Legal. I. Introducción a las ciencias forenses(23); Formación de la anatomía patológica y la medicina positiva del siglo XVIII(29); II. Definición de medicina legal(33); Clasificación(36); Importancia de la medicina legal(41); Relación con otras ciencias(42); A) Ciencias jurídicas(42); B) Ciencias no jurídicas(45); III. Evolución histórica y desarrollo de la medicina legal(55); Medicina legal en la Antigüedad(55); Medicina legal en la Edad Media(56); Medicina legal en Europa a partir del Siglo XIX(56); Medicina legal en América Latina(58); Orígenes de la medicina legal en República Dominicana(58); La Comisión Nacional de Médicos Forenses(60); La Ley 136-80 sobre Autopsia Judicial(61); IV. La institucionalización de la medicina legal nacional: INPF(63); El Instituto Nacional de Ciencias Forenses (INACIF)(67); Organigrama.(70)
Págs. 23-70

Parte General

Capítulo II
Tanatología forense

Tanatología forense. I. Concepto(73); Definición jurídica de la muerte(76); Formas de muertes(79); A) Muerte natural o crónica(80); B) Muerte violenta o legal(82); Diagnóstico de la defunción(83); Signos negativos y signos positivos(84); Tanatocronodiagnóstico(84); Signos en el cadáver reciente(86),

signos en el cadáver antiguo(86); Fenómenos cadavéricos: tempranos y tardíos(86); Circunstancias que modifican la rigidez cadavérica(88); Causas de muerte que lo pueden producir(88); Mecanismo del espasmo cadavérico(88); Fenómenos cadavéricos tardíos(89); Procesos que se producen en la putrefacción(90); Características químicas: productos finales de la putrefacción(90), Períodos de la putrefacción(91); Signos en la escena de la muerte(92); Inhumación, cremación y exhumación de cadáveres(93); Requisitos de la inhumación(95); Tipos de exhumación(96); Requisitos para la exhumación(96); Exhumación de cadáveres por vencimiento de arrendamiento(97); El rol de la Policía Mortuoria(97); II. Tanatología: Práctica de la autopsia medicolegal o judicial(101); Tipos de autopsia(102); Protocolo de autopsia(103); Materiales que se emplean en las autopsias(105); Interrogantes planteadas al perito(106); Levantamiento del cadáver(106), Certificación de la muerte(110), Realización de la autopsia(110), Certificación de la defunción(111); III. Nueva Tanatología: Ciencia, arte y método(111); Ciencia: Suicidiología(111); Concepto de suicidio(112); Tipos de suicidio(113); Etiología de los suicidios(114); Arte: Autopsia psicológica(115); Muertes de pacientes con enfermedades terminales(116); Método: La Eutanasia(122): Breve historia(122); Concepto de eutanasia(129); Tipos de eutanasia(134); Variables de la eutanasia(138); Eutanasia en la actualidad(141); En América(142); IV. Trasplante de órganos y tejidos.(143)

Págs. 73-147

Capítulo III

Toxicología forense. I. Concepto y división(149); Tóxico y veneno(151); Etiología medicolegal(152); Principios generales de las intoxicaciones(153); II. La autopsia medicolegal en las intoxicaciones(156); Autopsias tempranas(156); Autopsias tardías(156); Caso: Amor-dinero(157); El laboratorio toxicológico forense(159); III. Toxicología en el campo: Venenos agrícolas(160); Clasificación de los venenos agrícolas(161); I: Por su origen(161); II: Por su modo de acción contra las plagas(161); III: Por su concentración industrial(162); IV: Por su composición química(162); Intoxicación por plaguicidas(163); Intoxicaciones por insecticidas: los órganoclorados(163); Intoxicaciones por insecticidas: los carbamatos(163); Los herbicidas: Paraquat(164); Diquat(166); Intoxicaciones por rodenticidas(166); Antídoto(167); IV. Toxicología del deporte: Dopaje(168); Métodos de dopage(170); Clasificación de las sustancias dopantes(171); Clases

de sustancias sometidas a ciertas restricciones; Sustancias prohibidas en los controles fuera de competición.(172)

Págs. 149-172

Capítulo IV
Traumatología Medicolegal

Traumatología medicolegal: I. Conceptos(173); Trauma, traumatismo y violencia(174); Mecanismo general de los traumas(175); Clasificación clásica de los traumas(175); II. Lesiones: Lesionología medicolegal(176); Lesiones contusas: tipos(176); Contusiones simples y complejas(176); Otras lesiones contusas(178); A) Simples: Excoriación(178); Equimosis(178); Derrames(179); Heridas contusas(179); B) Complejas: Mordedura(179), Aplastamiento(179), Arrancamiento(180); Lesiones personales(178); Lesiones autoinflingidas(179); Lesiones mortales(181); Lesiones post-mortales(181); III. Las Heridas: Clasificación(183); Según el arma(183); Heridas por arma blanca(183); Incisas(184), Contusa-cortantes(184); Punzantes(184); Heridas por arma de fuego(185); De acuerdo al cañón(185); De acuerdo a la distancia(185); De acuerdo al proyectil(185), Etiología medicolegal de las heridas(187); Heridas de defensa(187); Heridas pasionales(188); Heridas de lucha(188); Heridas suicidas(188); Heridas de vacilación(189); Múltiples(189); IV. Medicina legal laboral: Enfermedades profesionales(191); Grados de invalidez(192); V. Accidentología forense: Accidentes de tránsito(193); Clasificación de los accidentes(195); Causas de los Accidentes de tránsito(196); Otras causas frecuentes de los accidentes de tránsito(196); Relativas al vehículo(196), Relativas a la carretera(196); Relativas al clima(197); Investigación en desastres: identificación(198); VI. Asfixias mecánicas(199); VII. Agresiones sexuales.(200)

Págs 173-200

Capítulo V
Asfixiología Forense

Asfixiología Forense. I.(201) Asfixia(202); Concepto y sus tipos(202); Etiología medicolegal(202); Clasificación de las asfixias(203); Por obstrucción del oxígeno al interior de las vías respiratorias(203); Por obstrucción de un obstáculo que impida el oxígeno a las vías respiratorias(203); Por falta de oxígeno en el medio respirable(204); II. Asfixia por compresión de cuello(204); Ahorcamiento(204); Signos externos del cadáver(206); Estrangulación(206);

Signos externos del cadáver(208); III. Asfixia por sumersión(208); Signos específicos(208); Signos inespecíficos(208); IV. Asfixia por Sofocación(209); Atoro o atragantamiento(210); Signos externos en el lugar del suceso(211); Signos externos en el cadáver(211); El Confinamiento(212); Signos externos(213); Enterramiento o sepultamiento(213); Signos externos en el cadáver(214); Asfixia por óxido de carbono(214); Asfixia por gas del alumbrado(215); Asfixia por el gas de las letrinas(215); Asfixias por gases de combate(216); Asfixias por posición.(216)

Págs. 201-216

Capítulo VI
Deontología Forense

Deontología Forense. I. Deontología médica(217); Ley General de Salud (42-01)(218); II. Derecho médico(220); Ejercicio profesional de la medicina legal(221); Responsabilidad profesional(221); Responsabilidad médica(221); Secreto profesional: Concepto(222); Tipos de secreto profesional(223); III. Certificaciones medicolegales(223); El certificado medicolegal(224); Informes(224); Reinformes(225); Diferencia entre certificados e informes(225); Algunas características de los informes periciales(226); IV. Administración de Justicia: Tribunales(226), Fiscalías(226); Policía Científica (227); V. Organización de un servicio medcolegal(229); Clínica medicolegal(229); Morgue(9); Laboratorio forense(229); VI. El perito médico: fines y alcances(230); Generalidades de los peritos(230); Condiciones(231); Formación(232); Tipos de peritos(233); Disposición normativa de los peritos en los Códigos Procesales de la Nación(234); A) Código penal: Procedencia de la actuación pericial(234); Acreditación de idoneidad(234); Designación de peritos(234); Recusación de peritos(235); Puntos de pericia(235); Práctica y presentación del peritaje(236); Eficacia probatoria del dictamen(236); B) Código civil(237); Perito vs testigo(240); VII. Peritación medicolegal.(242)

Págs. 217-244

Parte Especial

Capítulo VII
Medicina Legal y Criminología

Medicina Legal y Criminología. I. Desarrollo histórico(247); Concepto de antropología criminal(249); Bases para el estudio antropológico(251); La investigación de la escena del crimen(252); Diagnóstico de edad(252); Determinación del sexo(253); Estimación de ancestros(253); Descripción y medición del esqueleto poscraneal(253); Reconstrucción de la estatura(254); Individualización(254); Técnicas de recolección y organización de la información bioantropológica(254); La reconstrucción facial en los procedimientos de identificación(255); La huella genética(255); Estudio de casos forenses(255); II. El estudio del delito(255); Clasificación de los delitos(257); Código Penal de la República Dominicana(260); El estudio del delincuente: Clasificación(262); La clasificación de César Lombroso(266); La clasificación de Enrico Ferri(267); La clasificación de Rafael Garófalo(267); La clasificación de Franz Exner(267); Delincuentes acusados(268); Delincuentes juzgados(268); III. Victimología dentro de la medicina legal(282); IV. Institución carcelaria(283); Muerte en custodia(285); Fines y rehabilitación(287); Realidad social del internado-liberado(288).

Págs. 247-292

Capítulo VIII
Medicina Legal y Criminalistica

Medicina Legal y Criminalistica. I. Criminalistica(293); II. Principales técnicas de identificación(294); La identificación medicolegal(295); En el diagnóstico de la edad(295); En el diagnóstico del sexo(295); En el diagnóstico de la talla(295); En el diagnóstico de la raza(296); La identificación dental(296); Objetivos de la investigación odontológica forense(297); Circunstancias que dificultan la identificación dental(297); La identificación policial(298); III. La escena del crimen(300); Tipos de escena(303); Lo que debe tenerse en cuenta en una escena de crimen(303); Rastros de indicios medicolegales en el lugar de los hechos(306); Sangre(307); Semen(307); Examen de pelos(309); Osteoantropología(311); Determinación de raza, sexo, edad (313); Balística

medicolegal(314); IV. Sexología Forense(317); Himen(319); Formas de himen(319); Condición del orificio himenal(319); Protocolo del Abuso Sexual(320); Indicadores del Abuso Sexual(320); Indicadores del Abuso Sexual en adolescentesl(321); Valoración global del Abuso Sexual(321); Ninguna evidencia de abuso(321); Posible abuso(322); Probable abuso(322); Evidencia definitiva de abuso o contacto sexual(322); Hallazgos más frecuentes en el examen físico(322); Violación sexual(323); Virginidad y desfloración(324); Abusos deshonestos(324); Aborto(325); Tipos de aborto(326); Infanticidio.(329)

Págs. 293-330

Capítulo IX
Medicina Legal y Psiquiatría

Medicina Legal y Psiquiatría. I. Concepto de Psiquiatría Forense(331); El examen pericial psiquiátrico(333); Imputabilidad(334); Imputabilidad disminuida(335); Inimputabilidad(335); Causas de inimputabilidad(336); Otras causas de inimputabilidad(337); El miedo grave(337); El temor fundado(338); El caso fortuito(338); II. Culpabilidad(338); Teorías Psicológicas(340); Teorías normativas(342); Teorías finalistas(347); Teorías funcionalistas(353); Capacidad mental(357); III. Ley M' Naghten, para psicópatas(358); Las personalidades psicopáticas(360); Crímenes de brujería(366); Responsabilidad penal(368); Grados de la responsabilidad penal(370); Iter criminis(371); Delito imposible(371); Autoría(372); Los partícipes(372); IV. Concepto medicolegal del daño psíquico(372); DSM-IV y el diagnóstico psiquiátrico(374); Medidas de seguridad(374); Medidas curativas(375); Medidas de internamiento(375); El internamiento en una institución mental.(376)

Págs. 331-377

Apéndice.....381
Bibliografía.....447
Índice onomástico.....457
Índice de materia.....465

PREFACIO

HACE YA ALGUNOS años desperté con la alocada idea de escribir una novela sobre la vida ocupacional de un médico forense. El nombre que habíamos pensado era *Muerte de Misericordia*, que representa un tipo de utensilio empleado por los soldados romanos, ligado al principio básico de la eutanasia, que es una muerte legal asistida. Con esa nadería en mente, ese asomo al tema de la muerte, pretendíamos novelar el mecanismo de producción de dicho fenómeno, en la que actúa activamente el perito médico. Pronto desistimos de aquello.

Con un nuevo propósito, en el que tenían que ser puesto a prueba nuestros conocimientos de medicina legal en relación a la criminología, de cuyo ejercicio profesional nos hemos ocupado durante muchos años, empezó a escribirse esta obra, pero de corte científico. Hemos partido desde el punto de vista criminológico, del que la medicina legal constituye un importante capítulo de su evolución y desarrollo práctico. Recordemos que la gran criminología es como una superestructura para el saber forense. Hay países –como el nuestro– en los que la medicina legal y la criminalistica parecen estar más desarrollados que la criminología, que es la que le sirve de base científica, incluso para la legislación penal, para ser aprovechado por la administración de justicia.

El primer esfuerzo que realizamos fue ampliar las relaciones con los médicos forenses que se ocupan de la medicina legal, veinticuatro horas al día. Los conocimientos científicos sobre el valor medicolegal del cuerpo humano, el estudio de la muerte y el cadáver, las abundantes categorías forenses, nos permitieron empezar esta empresa que se prolongó por dos años.

El propósito fundamental de la medicina legal, la misión *sine qua nom* desde la institución, es establecer la verdad judicial, dando detalles sorprendentes sobre el descubrimiento de los hechos que se desencadenan tras la inspección póstuma del cadáver; en las lesiones personales, de personas vivas, que atañen directamente al descubrimiento del delito y, de manera indirecta, al delincuente.

Al optar por un nuevo objetivo, el cual consistió en estudiar la materia forense de acuerdo a otras orientaciones: las estructuras esenciales de la patología forense; al considerar que los contenidos de las lecturas realizamos, abarcaron satisfactoriamente el espectro temático de las áreas afines del problema medicolegal, entonces colegimos que el estudio que se había realizado era lo suficientemente bien organizado para darlo a conocer como documento complementario, de consulta, para docentes y estudiantes de derecho y de medicina. Consideramos, pues, de gran valor incluir en el libro, la medicina carcelaria, la deontología, la sexología y la criminalistica de campo, para atraer la atención de los profesionales judiciales, administradores penales y peritos médicos.

Como ha de observar el lector que estudia la materia, es imposible abordar los temas centrales de la medicina legal sin el marco de referencia de autores de otras latitudes,*muchos de ellos formadores de nuestros principales expositores y peritos destacados.

No obstante, justo es destacar que, al aceptar la realidad del texto, el autor acudió a revisar la literatura criolla sobre la medicina legal que se ha producido en el país,**para que la misma adquiera

* Tradicionalmente se ha escrito la medicina legal en el país, siguiendo muchos ejemplos de clásicos modernos del siglo XX: Merecen ser citados los maestros V. Balthazard y J. A. Gisbert Calabuig (España), N. Rojas, E. F. P. Bonnet y A. Achával (Argentina), Fco. A. Rísquez (Chile), A. Quiroz Cuarón y S. L. Martínez S. (México), C. A. Giraldo Giraldo y G. Uribe Cualla (Colombia), C. Simonín (Francia), E. Vargas Alvarado y J. M. Roldán (Costa Rica), J. R. Bolivar García y S. Sarita Valdez (República Dominicana), entre otros más.

** Desde su fundación, en 1902, la Revista AMD-GREMIAL ha sido el escenario de difusión de la naciente medicina legal en el país, aun antes que el Instituto de Patología Forense generara sus propios datos. Sin embargo, debemos indicar que la recopilación de textos de medicina legal del profesor Fabio A. Mota, Nelson Astacio Hernández, así como algunas otras publicaciones y estudios, se cuentan entre los esfuerzos de los primeros legistas (Darío Contreras, Julio de Windt, Fdo. Arturo Defilló), que se dieron a conocer en esta materia.

mayor importancia y sentido entre nosotros. La base de la medicina legal es la patología forense y sobre ella empezamos las primeras averiguaciones.

Los que presten atención a la organización anatómica, se darán cuenta de que sólo lo que alcanza la anatomía de una persona tiene valor medicolegal; sentirán una vuelta al texto de *Anatomía Humana* del maestro francés H. Rouvière,[***]a los Tratados de Medicina Forense de patrias latinoamericanas, y otros que fueron traducidos del Viejo Mundo.[****]

En ese sentido, este manual comprende una introducción de teorías conocidas y datos forenses documentados, similar a cualquier libro de medicina legal que haya producido otro autor, dado que en todos los trabajos anteriores a éste se explica la historia y la evolución seguida por la medicina legal en un país determinado, el ejercicio de la profesión del médico forense, mejor conocida como peritación forense, la etiología y la patogenia de los daños *ante-morten* o *post-morten* de un individuo, en general; y en lo particular, tenemos que al igual que otros estudios, se analizan los principales temas de la investigación forense, incluyendo las principales categorías medicolegales de la que se ocupa esta ciencia, sobre todo las ramas médicas específicas y las técnicas criminalisticas que se interrelacionan con la medicina, ampliando el poderoso ámbito científico de la medicina legal y de la criminología constelar.

[***] H. Rouvière/A. Delmas. *Anatomía Humana. Descriptiva, topográfica y funcional.* Profesor de anatomía de la Facultad de Medicina de París. Décima edición francesa revisada y aumentada por A. Delmas. Traducida por los doctores R. López Prieto y M. Gavilán Bofill. 8ª Edición Española. Tres Tomos. Editorial Baillo-Bailliere, S. A. Madrid, 1968.

[****] El médico grecorromano Galeno (entre el 130 a 200 de nuestra Era) es considerado el primer patólogo forense; en Europa, en el siglo XIII, Mundini de Luzi, de Bolonia, se le atribuye haber hecho la primera disección pública en 1312; el Papa Clemente VI ordenaba a su médico personal, Guy de Chauliac, que hiciera la autopsia de las víctimas de la peste, con el deseo de descubrir un remedio contra la enfermedad; y los maestros Ambrosio Paré, de Francia; Fortunato Fidelis, de Palermo, y Paolo Zacchias, de Roma, marcaron el gran progreso de la medicina forense del siglo XVI.

A partir de ahí, se viste a la medicina legal de definiciones, funciones y valores que son de gran ayuda en muchas de las actividades que comprende la denominada ciencia de la investigación criminal; muchos de estos conceptos forman los grandes principios de la medicina legal y como tales, nos fueron revelados a través de sus figuras más señeras, quienes con sus monumentales conocimientos incidieron en la formación de los médicos pioneros que se interesaron en ella en nuestro país; tal es el caso de la medicina legal nacional con anterioridad a la Guerra de Abril de 1965 y, también posterior a ese hito de nuestra historia social, con la creación de la Primera Comisión de Médicos Forenses, en 1980, y el Instituto de Patología Forense, en 1989. Sin embargo, el verdadero punto de partida de esta nueva ciencia ocurrió con la aparición de la Ley 136 de fecha 23 de mayo de 1980, al declarar como obligatoria la práctica de la autopsia judicial en la instrucción preparatoria de los procesos penales.

Este texto se hizo con nombres de científicos forenses muy conocidos, de autores desconocidos y de otros, francamente anónimos. Pero sí hay una cosa que es clara: ha sido trabajado con el sentido de la medicina de nuestros forenses, permitiéndonos establecer relaciones muy cercana con el Cuerpo de Médicos Legistas de la Procuraduría Fiscal del Distrito Nacional, ahora adscritos al Instituto Nacional de Ciencias Forenses (INACIF, 2004) de la Procuraduría General, de cuyas cualidades humanas atestiguamos muy satisfecho por la gran ayuda recibida, que surge en momentos muy promisorios para el ejercicio de la profesión de médicos forenses, aunque esta nueva Agencia haya empezado mal y con criterio político.

Queremos dejar constancia de que al escribir estas glosas quisimos hacerle un reconocimiento al médico forense dominicano, que son los auténticos trabajadores de la medicina legal y, por lo tanto, únicos héroes de este trabajo. Muy especialmente a los doctores Juan Alexis Blanco y Juan Francisco Solano, y, en general a todos ellos, por las muchas experiencias que logramos gracias a su cálido contacto; ya en el INACIF, creado mediante resolución

No.16956 del 20 de diciembre del 2004, a los forenses, que resultaron ser los primeros peritos en conformar lo que debió ser el primer Cuerpo Médico-Forense de la República Dominicana. Desgraciadamente nos vemos obligado a decir que dicho organismo nació mal integrado, y está secuestrado por los políticos.

*
**

Queremos expresar nuestro agradecimiento a los formidables hombres cuidadores de los folios y documentos del Archivo General de la Nación, guiado por su actual director, don Roberto Cassá Bernaldo de Quirós, destacado intelectual, nieto materno del maestro español don Constancio Bernaldo de Quirós, el precursor de la criminología dominicana; a nuestros médicos legistas, consagrados a su trabajo en cuerpo y alma, que nos alentaron y nos edificaron con sus consejos; queda también, nuestro agradecimiento por la colaboración prestada a las muchachas de la biblioteca del Colegio Médico Dominicano, especialmente a la señora Margarita Joaquín, porque desde allí atendimos el rastro de la historia de la medicina legal en la República Dominicana.

Un reconocimiento especial a dos verdaderos maestros en esta materia, consultores e investigadores de indiscutible talla, son los doctores Sergio Sarita Valdez y Bolivar García, por su pequeño gran aporte a la medicina legal de la República Dominicana. A don José Pérez, de la Editora Búho, por su apoyo en gran medida crediticio, que ha hecho posible que el libro pueda ver la luz, y que nos ha respaldado en nuestros proyectos editoriales anteriores, aun cuando no existía la *Sociedad Dominicana de Criminología*, que ahora acoge este trabajo, y que se encargará de su difusión y distribución en los medios académicos y círculos científicos, con la presentación del autor en charlas y conferencias sobre la cuestión criminológica y medicolegal en el país.

No podemos dejar de agradecer –a la vez que un reconocimiento a su trabajo de documentalista y bibliotecario *ad hoc*–, a nuestro amigo Luis Rosa, por la revisión técnica del manuscrito, por sus acertadas críticas acerca de las realidades a la que se expone el libro técnico, hoy en día, máxime en nuestro caso de hacer un *breviario,* casi un como epítome, vademécum, un tipo de escrito conocido entre los médicos, un término que según nos explicó, debe emplearse sólo para dar respuestas precisas y certeras a conceptos específicos y fundamentales.

Una dedicatoria muy especial a mi esposa Elizabeth, coincidiendo la aparición del libro con sus primeras lecciones de derecho penal y procesal penal; a mis hijos Dmitri y Viera, con apenas siete y seis años participaron en el proceso de discusión en nuestro hogar, repitiendo en un sentido interesante –sin saberlo– las palabras *me-di-ci-na- le-gal* y *ta-na-to-lo-gí-a*, base y fundamento sobre el que se ha erigido gran parte de este material.

A todos los demás que no alcanzamos a citar, respondiendo a su preocupación con un gesto fraterno, para dejar constancia del agradecimiento del autor, con sinceros saludos, porque de todos necesitamos la comprensión y el apoyo para lograr terminar esta obra.

Como siempre, este libro pertenece a la *Colección Pensamiento Criminológico Dominicano*, que presenta este segundo volumen de la serie: *Informes de criminología y ciencias forenses*, con la satisfacción de haber contribuido a la formación del pensamiento criminológico dominicano y esperamos se continúe con la tradición de difundir la criminología criolla, con las publicaciones propias, de cuño nacional, que ha emprendido.

W. M.
Santo Domingo,
primavera de 2008.

INTRODUCCIÓN

MEDICINA LEGAL

Capítulo I

INTRODUCCIÓN

I. Medicina Legal. Introducción a las ciencias forenses; La formación de la anatomía patológica y la medicina positiva del siglo XVIII; II. Definición de medicina legal; Clasificación; Importancia de la medicina legal; Relación con otras ciencias; A) Ciencias jurídicas; B) Ciencias no jurídicas; III. Evolución histórica y desarrollo de la medicina legal; Medicina legal en la Antigüedad; Medicina legal en la Edad Media; Medicina legal en Europa a partir del Siglo XVIII; Medicina legal en América Latina; Orígenes de la medicina legal en República Dominicana; La Comisión Nacional de Médicos Forenses; La Ley 136-80 sobre Autopsia Judicial; IV. La institucionalización de la medicina legal nacional: INPF; El Instituto Nacional de Ciencias Forenses (INACIF);Organigrama.

1. Medicina Legal. Introducción a las ciencias forenses

Las ciencias forenses abarcan disciplinas científicas pertenecientes a las ciencias exactas y a las ciencias médicas. La práctica de las ciencias forenses como aplicación de los asuntos judiciales sirve para investigar el delito y, por lo tanto, sirve para identificar el delincuente. La condición *sine qua non* de la investigación forense es que para poder *descubrir,* poder *identificar*, la información que va a suministrarse debe hacerse correctamente y en el tiempo adecuado. El fundamento y la base de la *red tupida* de tecnologías y ciencias que conforman las ciencias forenses tiene una significativa importancia a partir de la Revolución francesa, en 1789; la biología y las ciencias físico-matemática contribuyen a

perfeccionar el derecho, desarrollando los procedimientos necesarios, previos a la decisión judicial; los abogados y los criminalistas urgen de aprovecharse de la necesidad de los resultados de la peritación medicolegal.[1]

Con frecuencia sucede que cuando aparece alguna nueva disciplina, técnica o método en una rama de las ciencias, como la medicina, ésta puede tener aplicación potencial en el área de las ciencias forenses. Por ejemplo, el descubrimiento de los genes humanos, con propósitos de identificación, surgió de la genética. De hecho, la genética creada por J. G. Mendel, en 1856, no fue sino cien (100) años después cuando se multiplicaron sus estudios en función de la criminología, y de sus constelaciones, como la medicina legal, entre ellas. Eso significa, que muchas otras ciencias pueden convertirse en disciplinas forenses, si permiten al investigador descubrir el delito e identificar el delincuente.

De este fundamento general es que se habla hoy de los sistemas forenses, entre los que se cuentan la criminalistica o investigación científica del crimen y la medicina forense o legal, como los más consolidados dentro de un sistema de administración de justicia. De estos sistemas de investigación es que la medicina legal ha creado sus grandes y, ya clásicos, principios generales.[2]

Dentro de las ciencias médicas, las ciencias forenses comprenden a las siguientes disciplinas: patología, toxicología, radiología, odontología, clínica forense, psiquiatría y sexología; dentro de las técnicas criminalisticas, tenemos: antropología forense, antropometria, balística, dactiloscopia, lofoscopia, hoplología, la escena del crimen, entre otras.

---

1. Véase en ese sentido a Gisbert Calabuig, J. A., en *Medicina Legal y Toxicología*. En la 3ra. edición, Valencia, España, 1985. Pág. 4, cuando dice de manera muy específica: *«Las ciencias forenses pueden definirse como el estudio de la aplicación de la Ciencia a los fines del Derecho».*

2. Anota Guillermo Cualla en su *Medicina Legal y Siquiatría,* Valencia, España, 1985, dos Decálogos del médico forense y del criminalista. El primero del maestro argentino Nerio Rojas, y del segundo, el profesor Israel Castellanos, de Cuba.

Los sistemas forenses pueden ser muy variados alrededor del mundo, pudiendo ser muy avanzados en algunos países, y prácticamente no existir, en otros.

Tal podría ser el caso de la República Dominicana, en el que apenas empieza a despegar la medicina legal, con un sistema y una nueva organización, con la esperanza de que no corra la suerte de la criminalistica, de la forma empírica que le ha tocado. Es el Instituto Nacional de Ciencias Forenses de la República Dominicana, creado en el 2004.

Un científico de las ciencias forenses puede interpretar datos tales como: lo que halló en la escena del hecho, la causa aparente, cuándo sucedió, o cuáles fueron las consecuencias de la violencia desenfrenada; un científico forense puede documentar y dar su opinión solamente sobre lo que ha visto, puede determinar si un acto está de acuerdo con la evidencia encontrada o con los testimonios, pero lo que no puede esperarse es que una persona que no sea un científico forense, o que no tenga esa calidad, es poder emitir un informe firme y certero, sin que su opinión resista el escrutinio de abogados y de jueces en el tribunal.

Dos realidades derivan de esta situación. Primero, la investigación minuciosa y ordenada de un caso y la publicación de sus resultados de manera convincente; en segundo lugar, está la capacidad de persuasión que tiene la investigación criminal, para que los perpetradores no evadan la responsabilidad de los hechos.

Debido a un problema de falta de recursos y personal idóneo, la medicina legal sólo ha podido aplicarse a unos pocos de los miles de casos que se presentan durante un año; actualmente la matrícula de médicos forenses, se calcula entre treinta a cuarenta, desde la primera residencia médica que se inauguró en el mes de junio del año 1996 (la primera promoción realizó su graduación en el mes de junio de 1998), aunque en su mayoría están pendiente de presentar sus tesis de la residencia.

En algunos países las ciencias forenses trabajan directamente para las fiscalías, quienes lo hacen a su vez con policías, y eso puede comprometer su independencia. No obstante, el sistema ideal sería

aquel en que los peritos forenses hicieran su labor distantes de las instituciones que pueden influenciar su dictamen; es necesario que se establezcan normas que garanticen la independencia de los médicos forenses con respecto a fiscalías y policías. Resta apuntar sobre la brecha existente y que contrasta entre las realidades políticas y la capacidad medicolegal existente.

Cuando se anota como causa de la muerte, deficiencia cardiaca o edema pulmonar, y no se señala aquello que lo provocó, el informe puede ser falso, o puede cuestionarse la competencia o incompetencia del médico. La historia de los informes vagos, deshonestos y falsificados, de los cuales el mismo patólogo se ha puesto de acuerdo con las autoridades, con el fin de ocultar la verdadera causa de la muerte pudiera ser una lamentable realidad entre nosotros.

Existe en muchos países, que como regla de la fase de instrucción, se permitan en las autopsias a peritos que representan a la parte defensora, además del prosector que trabaja para el sistema.

A menudo, es de oportuno interés establecer la interrelación que resulta entre las ciencias jurídico-penales, la criminología y las ciencias forenses. Para lo cual debemos tener muy pendiente, que el derecho penal es quien define el delito, determinando la normativa de la investigación criminal; la criminología explica los factores asociados al crimen práctico, es decir, al crimen ya cometido, y las ciencias forenses, son las que tienen por misión descubrir el delito mediante el diagnóstico y la investigación; establecer cuáles han sido los propósitos del delincuente al hacerlo. El crimen tiene que ser investigado, y si no puede ser descubierto, entonces las ciencias forenses no sirven; son, como ha dicho alguien, una *"ciencia basura"*.

Es por eso, quizás, que *lo forense* significa encontrar la prueba, para lo cual es necesario aplicar un conjunto de técnicas que «construyen al individuo» y «descubren la verdad de los hechos».

Las ciencias forenses estudian la verdad judicial; esta verdad se consigue a través de un conjunto de técnicas de la que hablaremos más adelante, las mismas que conforman cada unos de los métodos

que se estudian en los capítulos de la Parte Especial del presente libro.

La historia de la medicina legal es la historia de la investigación de la verdad que obedece a las prácticas judiciales de una época en particular, pero en todo momento esta verdad judicial depende de una condición interna, es lo que se llama la autopsia, y de una condición externa, que es la escena de la muerte.

Para cualquier ciencia o arte de la realidad, la manera más singular de producir esta verdad es la prueba, una suerte de práctica social, que es intrínseca a la dinámica social. Pero que en la dimensión jurídica, establecerla implica necesariamente hacerla pasar por medio de un sistema de verificación y comprobación de verdad. Si va a ver una investigación, o por medio de un testigo, cuando se apela a quien observó el hecho, o por el descubrimiento final, si ha de ser resuelto por una institución o Policía en la que pueda ser establecida la responsabilidad de lo sucedido.

Pero esto no es, en su esencia, el modelo médico para poder encontrar esta verdad. Veamos, por ejemplo, lo que tiene que ver con la Policía Judicial que, como sabemos, constituye el órgano principal de la investigación criminal; y que, a su vez, la medicina legal es una función de esta Policía Judicial.

En buena técnica judicial, los cuatro elementos del descubrimiento del delito son necesarios a los efectos de una condena. Estos elementos juntos hacen de las ciencias forenses un saber judicial-procesal completo. Si faltase uno de ello sería incompleto, pues el complemento del quién es su cómo, su dónde y su cuándo.

Desde el punto de vista medicolegal, decimos que descubrir un delito implica dos aspectos para lograr su verificación:

1) *«que la práctica médica sea esencialmente diagnóstica;*
2) *que la verificación sea de laboratorio».*

Recordemos la expresión de Driesch, cuando dice: *«saber una cosa es ordenarla en sus elementos formales expuestos»... «El error, más que un saber equivocado es un saber que no sabe».*[3]

Las ciencias forenses son disciplinas auxiliares del derecho penal. La eficacia del derecho penal depende, en buena parte de la eficacia de las ciencias forenses. La naturaleza de la criminalistica es explicativa, naturalistica. Al igual que la física, la química, la medicina legal, antropometria, fotografía, dactiloscopia, balística; es una *ciencia o arte de la realidad*, sin pretensiones normativas:

Tanto como la medicina legal, la criminalistica tiene por finalidad el descubrimiento del delito y del delincuente, también de la víctima o perjudicado del delito. El por qué la existencia del hecho que se acredita al descubrimiento del delito fijan con exactitud las exigencias tiempo-espaciales. Continuando con el diccionario OMEBA, existen dos momentos de este descubrimiento:

«a) práctica policial y;

«b) responsabilidad jurídico-social y garantía constitucional.

«Saber un hecho punible es demostrarlo, es probar este descubrimiento. Recordamos ciertos supuestos de importancias penales. El delito imposible, prescripción; ejercicios de acciones penales, autorías».[4]

Los conocimientos que suministran las ciencias forenses al derecho penal tienen una explicación externa a lo penal; la verdadera finalidad de estos conocimientos, en realidad, se mueve dentro del campo del delito. Como disciplinas auxiliares del derecho penal se ocupan del descubrimiento y de la comprobación científica del delito y del delincuente. Y esta comprobación, vista en su conjunto, constituyen las ciencias forenses, y el estado formal en que éstas ocurren lo es el laboratorio, que es el método propio de las ciencias exactas.

---

3. *Diccionario Jurídico Omeba.* Editorial Driskill, S. A. Buenos Aires, 1986.

4. Ibidem. *Diccionario jurídico OMEBA.*

En resumen, la medicina forense conoce la importancia de la causalidad en sus distintas formas (directas o indirectas, concausas y ocasionales); conoce de la imputación, de la valoración de la prueba, de las normas y procedimientos, de las leyes aplicables en el derecho médico, de las normas deontológicas, de la naturaleza de la pericia, que son cada vez más complejas y numerosas.

Existe definitivamente un concepto moderno de medicina legal. No obstante, siempre será de gran valor considerar los distintos temas *clásicos* de la medicina forense: el estudio del cadáver, valoración de los daños personales, entre otros; en el concepto moderno se ha incrementado la necesidad de perfeccionar y profundizar los conocimientos en las principales áreas de la medicina legal, tales como son: la bioética, la nueva tanatología, la toxicología y la psiquiatría, y otras distintas especialidades médicas y de las ciencias exactas, así como de las áreas quirúrgicas.

2. Formación de la Anatomía Patológica y la Medicina Positiva del siglo XVIII

Desde la antigüedad la anatomía humana fue considerada como la base de los estudios médicos, porque, y quizás antes, lo había sido para la filosofía, la escultura y luego para la medicina. La anatomía patológica tuvo su nacimiento coincidente con los cadáveres, aunque no existen pruebas directas del hecho.

Así lo reflejan los libros sagrados de la India, en particular el *Agurvedor;* en las Sagradas Escrituras se habla de vísceras, venas y ligamentos. Los embalsamadores de Egipto que tenían la obligación de desviscerar el cuerpo humano, debieron tener las primeras nociones acerca de la anatomía.

En la época de los Tolomeos, los artistas griegos acudieron a la Escuela de Alejandría a estudiar la anatomía humana, ya que desde lo escrito por Aristóteles donde afirmaba que se desconocían las partes del cuerpo humano, dando inicio a la anatomía científica con

las primeras disecciones bajo la dirección de Erasístrato y Herófilo, con sentido descriptivo y metódico. Galeno aventajó a todos sus predecesores, y su descripción del cuerpo fue tan perfecta, que se creyó había disecado cadáveres humanos, cuando en realidad había trabajado con monos.

Durante la Edad Media la anatomía cayó en decadencia, no haciéndose más comentarios que los de la anatomía de Galeno. La medicina árabe no hizo más que imitar la de los griegos en esta materia. En el siglo XIII, renacieron los estudios anatómicos y se hicieron numerosas disecciones, principalmente en Italia y Alemania, sobresaliendo las realizadas por el maestro Mundini de Luzi. La anatomía moderna quedó conformada en el siglo XVII, con la labor de grandes figuras del quehacer científico-médico, los cuales son responsables de muchos otros descubrimientos, entre los que nombramos: Harvey, descubre la circulación de la sangre; Aselli igualmente descubrió los vasos quilíferos y Rudbersch y Bartolino, los linfáticos. Se le ha llamado a esta época, la *era de las anatomías exactas* y el tiempo de los grandes tratados de los incansables anatómicos que dotaron a esta ciencia de una exactitud casi matemática. Solo debido a las anomalías y las patologías de las enfermedades del organismo ha demostrado a cuantas variedades está sujeto el plan único de organización que es la anatomía, por lo cual no pertenece esta disciplina a las llamadas ciencias exactas.

Para el siglo XVIII ocurría un nuevo redescubrimiento de la anatomía: la anatomía patológica, con una razón muy distinta y un nuevo método: el examen clínico, aplicado a los fenómenos fisiológicos de los cadáveres; restos de cuerpos llenos de gusanos: reunión de la medicina y la cirugía en los progresos de la anatomía patológica. Este ejercicio, conocido como *correlación anatomo-patológica*, es a lo que se denomina la autopsia, y es entendido como el procedimiento médico que examina los síntomas y signos anatómicos del cadáver. Dicho de otra manera, este procedimiento formal de los hallazgos del cadáver se hará con la finalidad de obtener información sobre la causa, la naturaleza y el proceso patológico en el momento de la muerte. Dos categorías dominaron en esta época:

la disección y la autopsia. La primera desarrolló la clínica, que se ocupa de las enfermedades; la segunda, la patología, en clave de la formación de la anatomía patológica y posteriormente, la patología forense.

En principio, la anatomía patológica adquirió una extraordinaria importancia para el espíritu filosófico de su época, y la muerte gradualmente se convierte en un objeto de estudio, en una fuente de verdad y saber, sobre los progresos de la anatomía, la transmutación de cadáver, venciendo los obstáculos de la religión y de la moral, el miedo a los muertos y un entusiasmo al escarpelo para diseccionar los cuerpos destruidos.

La muerte se convirtió en objeto de estudio para la medicina y la anatomía patológica devino en el arte útil de demostrar cosas sobre un cuerpo sin vida, «mudo e intemporal»; para el médico, la muerte es el cese de todas las funciones vitales y tiene hoy más de un punto de vista. Es decir, que la muerte sobreviene como evento natural, situación ésta de la que han sido estudiadas todas sus circunstancias, puede sobrevenir como una interrupción de la vida por un proceso patológico.

¿Ocurrió esto acaso con la introducción de la filosofía positiva del siglo XVIII en la medicina? Pensemos en la disección, como un procedimiento de autopsia destinado a obtener información sobre causas de enfermedades o de campos derivados de ésta. Debió distinguirse del estudio del cuerpo o de la estructura del cuerpo humano sin fines médicos, o de investigación legal. Para el pensador francés Michel Foucault esta reconstrucción de los cadáveres convertidos en objeto de saber es falsa, sin negar las verdades útiles en el conocimiento de la anatomía patológica, según el nuevo espíritu filosófico de la época.[5]

5. Michel Foucault, en *Abrid algunos cadáveres*. Capítulo 8 de la obra *El Nacimiento de la Clínica: Una Arqueología de la Mirada Médica*. Págs. 177-209.

Desde el siglo XVIII, se realizaron con un nuevo pensar célebres autopsias: En Italia e Inglaterra, J. B. Morgagni y John Hunter no encontraron oposición de realizarlas; la Clínica de Viena, desde 1754 contaba ya con una sala de disección, también la de Pavía, organizada por Tissot; en Francia, en el Hôtel Dieu, gracia a Desault. La anatomía patológica inventaba la medicina positiva a los fines de la ley.

La práctica de la autopsia empieza a ser regulada, a ser autorizada, el cadáver entra a ser parte del campo del derecho positivo, y la oposición religiosa cedía a las necesidades de los tiempos.

Juan Bautista Morgagni (1682-1772) publica su obra *De Sedibus et causis morborum per anatomen indagatis*, en 1761, a la edad de 79 años; esta obra, escrita en forma epistolar a un amigo, liga intrínsecamente la correlación anatomoclínica de la enfermedad y la búsqueda del sitio de la enfermedad; en definitiva, de la anatomía con la patología. En 1700, Th. Bonet, en la obra *Sepulchetrum*, lo había intentado años antes.

Bichat y Corvisat, cuarenta años después redescubren la anatomía patológica dotándola de una experiencia clínica, de agrupaciones de signos para que puedan alinearse «sobre la blanca visibilidad de los muertos». El tratado de X. Bichat, *L'Anatomie Genérale* (1827), que compendia y sistematiza su obra cumbre *Traté de Membranes* (1807) sirvió para el desciframiento del espacio corporal; es decir, que la anatomía del cuerpo es a la vez intraorgánica, interorgánica y transorgánica.

La anatomía entra en el campo medicolegal. Es a la vez definida por una relación de vecindad y de comunicación entre la patología y la fisiología.

Hay dos posiciones estructuralmente distintas sobre los fenómenos que describen las enfermedades. La de Morgagni, que representa el modelo descriptivo del punto de partida de la anatomía patológica, y la segunda lo es el método analítico de Bichat, que la sitúa en el campo del análisis clínico.

Desde finales del siglo XVIII, cuando Morgagni publicó su gran obra clásica *"De Sedibus"* los avances en medicina se habían basado, por lo general, en el principio de correlacionar los rasgos clínicos y patológicos de cada enfermedad. Esto se hacía determinando los cambios estructurales presentes en los tejidos y, a su vez, los síntomas y signos característicos de cada enfermedad.

Este planteamiento es aun válido. Las técnicas analíticas modernas lo han llevado desde el nivel macroscópico hasta el subcelular y molecular. Sin embargo, un sólido conocimiento de los cambios macroscópicos de los tejidos, es todavía un cimiento firme, sobre el cual debe de construirse el entendimiento de la enfermedad y sus manifestaciones clínicas.

La autopsia clínica es la base de la formación del médico general y sobre todo del patólogo. Con frecuencia, el patólogo, es reclamado con gran intensidad por otras actividades, tales como la patología funcional, patología quirúrgica, citodiagnóstico y punción, aspiración, donde cuenta mucho, al revés que en la autopsia, la presión de los clínicos, en el sentido de unos mejores y más rápidos resultados.

El fin de la autopsia clínica, es la confirmación del diagnóstico, descubrimiento de algunos aspectos nuevos en la patología del sujeto y en algunos casos, refutación incluso, del diagnóstico fundamental de control, que no deje dudas en el juez de la labor clínica. El método de Xavier Bichat no requiere de más comentarios.

II. Definición de Medicina Legal

La Medicina Legal es una materia importante para el jurista ya sea como abogado litigante, defensor, fiscal o juez, en tanto le proporciona un arsenal de pruebas médicas para formularlas, rebatirlas, aceptarlas, rechazarlas o interpretarlas, toda vez que *"traduce"* los aspectos médicos que revisten importancia judicial.

Recordaremos sólo algunas definiciones de medicina legal; las más antiguas parecen ser las más completas. De las consideradas de autores clásicos modernos, es más conveniente dar a conocer las de los maestros Gisbert Calabuig[6], Quiroz Cuarón[7] y Giraldo Giraldo.[8] Español, mexicano y colombiano, respectivamente. Por último, uno de los autores franceses más estudiados por nosotros, el profesor Simonin, merece ser tomado en cuenta.[9]

_____

6. El profesor de Medicina Legal, Juan Antonio Gisbert Calabuig, catedrático de las universidades de Granada y Valencia, figura señera de la medicina legal española, la define doblemente, como conocimientos clínico y biológico: «*La ciencia que tiene por objeto el estudio de las cuestiones que se presentan en el ejercicio profesional del jurista y cuya resolución se funda total o parcialmente en ciertos conocimientos médicos o biológicos previos»*. Y como función doctrinal, cuando dice: *«el conjunto de conocimientos médicos y biológicos necesarios para la resolución de los problemas que plantea el derecho, tanto en la aplicación práctica de las leyes como en su perfeccionamiento y evolución»*. Ver obra Medicina Legal y Toxicología. Obra galardonada con el premio «Lecha-Marzo», 1977, de la Fundación Frontera de Medicina Legal y Ciencias Afines. Editada por la Fundación García Muñóz. Sección Saber. Publicaciones Médicas y Científicas. 3ª edición, 1985. Valencia, España.

7. El doctor mexicano Alfonso Quiroz Cuarón la define diciendo: *«Es la técnica, es el procedimiento, mediante el cual aprovecha una o varias ramas de la medicina o de las ciencias conexas para estudiar y resolver casos concretos, habitualmente ligados a situaciones legales o jurídicas»*. Luego indica que la medicina legal, «*no cura y puede, sin embargo, estudiar un problema de terapéutica; no es la cirugía, ni la obstetricia, ni la clínica; no es la física, ni la química y aplica, no obstante, todas y cada unas de ellas ante un caso concreto, para establecer premisas y fundar conclusiones específicas, amoldándose para ello a un sistema, siguiendo una pauta, estructurada de tal forma que permita formular una resolución expresada en términos técnicos»*. Medicina Forense. Editorial Porrúa, S. A. Quinta Edición, México, 1986. Capítulo III. Pág. 129.

8. De Cesar Augusto Giraldo Giraldo, *«Medicina forense, sinónimo de medicina legal, es una rama de la ciencia médica que auxilia a la ciencia del derecho en las implicaciones y significados de la enfermedad, del trauma, de las lesiones y en general de los aspectos biológicos, para que por medio de un dictamen emitido por el perito médico con la debida fundamentación, el juzgador tenga elementos de juicio para producir una resolución en los casos que sea requerido ese auxilio»*. Medicina Forense, 1974. Pág. 9.

9. El maestro francés C. Simonin, en su archiconocido *Tratado de Medicina Legal Judicial* (edición de 1982), la define como *«una disciplina particular que utiliza los conocimientos médicos o biológicos con miras a su aplicación a resolver los problemas que plantean las autoridades penales, civiles o sociales»*.

Precisando algunas definiciones de nuestros peritos forenses más connotados, tenemos las siguientes:

El doctor José Rafael Bolivar García[10], la define como *«la especialidad de las ciencias médicas que relaciona todos los aspectos médicos con los aspectos jurídicos»*, y continúa diciendo: *«es el uso de la totalidad de los conocimientos médicos necesarios para responder a las cuestiones jurídicas».*

Para Sergio Sarita Valdez[11], «*la medicina legal puede definirse como la rama de la medicina que tiene que ver con la aplicación del conocimiento de las ciencias médicas para una mejor administración de la Justicia. Es su misión también la de propugnar por una mayor seguridad y bienestar social general*»...«*para estudiar esta especialidad es de gran importancia que empecemos conociendo sus orígenes, evolución y desarrollo, es decir, que sepamos su historia ya que su estado actual corresponde a la suma de su pasado...*»;

De acuerdo a Vertilio Cornielle Segura[12], «*se define a la medicina legal como la rama de la medicina que auxilia la ciencia del derecho en todo lo que se refiere a lesiones, traumas, violencia, ya sea infringida o accidental. Es decir, todo lo biológico [...]*». Y continúa indicando: *«Un juez no es médico, no puede interpretar las lesiones, hablar del tiempo de la curación, de las secuelas de las lesiones, ni puede dar un certificado médico. Por lo que la participación del perito médico-forense es imprescindible».*

La medicina legal surgió cuando la ley requirió taxativamente la intervención de los médicos peritos ante los órganos de la administración de la justicia. Dos momentos importantes se desprenden de esta definición: a) Que la medicina legal tiene un carácter de *auxiliar* del derecho procesal, y b) Que el fundamento y base de esta disciplina se relaciona con la *búsqueda de la verdad*,

_____

10. Bolivar García, Rafael. (1979).

11. Sarita Valdez, Sergio. *Conceptos de patología forense*. Tercera edición, 2005. Pág. 15.

12. Tomado de una entrevista hecha al doctor Cornielle Segura, año de 1997.

para lo cual los peritos emplean todos los medios que le permite el progreso de la tecnología médica y demás ciencias afines para el descubrimiento del delito.

Sin descuidar el punto de vista de la medicina legal como una ciencia médico-social, el objeto de estudio de la medicina legal es el de esclarecer todo los asuntos de interés judicial, asesorar a los jueces de acuerdo a sus especialidades. En ese sentido, la medicina legal es una ciencia social con responsabilidad jurídica.

También es una rama aplicada, *«cuyos conocimientos biológicos aplicados a resolver los problemas que se plantean desde la vertiente del derecho, su método no es otro que el de las ciencias médicas»*.[13]

Clasificación

La definición común en la que todos los profesionales están de acuerdo sobre el objeto de la medicina legal es la que establece que es rama de la medicina que sirve a la administración de justicia o simplemente que es la medicina de la ley.

La medicina legal comprende dos grandes áreas de estudio.

1) *Medicina legal general*, que abarca todas la ramas de la medicina las cuales se utilizan en la investigación judicial, el derecho y las legislaciones que reúnen los conocimientos que pueden ayudar en la administración de justicia, en el sistema de seguridad social, en asuntos municipales o civiles; y,

2) *Medicina legal criminalistica o de identificación*, en la que se aplican las diferentes técnicas de investigación forense, que habitualmente sirven para la identificación de las huellas dejadas por el delincuente, las manchas, los indicios encontrados en el lugar

13. *Ibídem.* Gisbert Calabuig. Pág. 9.

de los hechos, los métodos de identificación del cadáver, entre los que se encuentran los realizados por el antropólogo, arqueólogo y odontólogo forenses, la prueba de balística medicolegal, los hallazgos de la sexología forense, entre otros.

Esta clasificación es la que comprende la estructura de este libro, y es la que nos parece más apropiada. Sin embargo, una división de medicina legal muy difundida en la región latinoamericana, además de didáctica, corresponde al maestro costarricense Eduardo Vargas Alvarado, en la que sus principales áreas se pueden agrupar en nueve disciplinas. Él escribe:[14]

1) Medicina legal criminalistica: estudio de los indicios dejados por el delincuente.

2) Medicina legal tanatológica: estudio de la muerte y el cadáver.

3) Medicina legal traumatológica: estudio de las alteraciones anatómicas y funciones producidas por una fuerza exterior.

4) Medicina legal materno-infantil: estudio del instinto sexual.

5) *Medicina legal psiquiátrica:* estudio de la enfermedad mental.

6) *Medicina legal laboral:* estudio del médico en problemas legales de la salud del trabajador.

7) Medicina legal toxicológica: estudios judiciales de las intoxicaciones.

8) Jurisprudencia médica: estudio de las normas que regulan el ejercicio de la medicina; y,

9) Deontología médica: estudio de los elementos morales del desempeño del médico.

---

14. Vargas Alvarado, Eduardo. *Medicina Legal.* 3ra. edición. Capítulo 1, pág. 2.

Aunque esta clasificación está hecha de una sola frase, en forma sintética, resulta muy precisa. Pero, si retornamos a nuestro esquema propuesto, vemos que nuestro índice nos indica:

Medicina Legal General:

Medicina Legal Social:
- Introducción a las ciencias forenses
- La formación de la anatomía patológica y la medicina positiva
- Definición de medicina legal; Clasificación; Importancia
- Evolución histórica y desarrollo de la medicina legal
- Desarrollo en la República Dominicana
- La institucionalización de la medicina legal nacional.

Tanatología Forense:
- Definición jurídica de la muerte
- Diagnóstico de defunción
- Inhumación y exhumación de cadáveres
- Rol de la Policía Mortuoria
- El órgano de la medicina legal; Organigrama
- La autopsia forense
- Nueva tanatología: Supervivencia
- Muertes de pacientes con enfermedades terminales
- Eutanasia
- Suicidiología
- Autopsia psicológica
- Trasplante de órganos y tejidos.

Toxicología Forense:
- Principios generales de las intoxicaciones
- Intoxicación y envenenamiento: Etiología y patogenia
- Clasificación de las intoxicaciones por substancias orgánicas

- Clasificación por substancias inorgánicas
- La autopsia medicolegal en las intoxicaciones
- El laboratorio toxicológico forense
- Antídoto
- Dopaje.

Traumatología Forense:
- Trauma, traumatismo y violencia
- Daños anatómicos
- Mecanismo general de los traumas
- Lesiones medicolegales: contusiones y heridas
- Medicina legal laboral: enfermedades laborales
- Accidentes laborales, en el hogar, en el tránsito
- Investigación en desastres
- Heridas: por proyectiles de arma de fuego, arma blanca
- Quemaduras: químicas, térmicas, eléctricas
- Explosiones
- Contusiones simples y complejas
- Asfixias mecánicas.

Asfixiología Forense:
- Asfixias: concepto y sus tipos
- Compresiones de cuello: ahorcamiento, estrangulación
- Sofocación
- Sumersión
- Asfixias típicas, atípicas.

Deontología Forense:
- Deontología médica
- Ejercicio profesional de la medicina legal
- Responsabilidad médica: sanciones penales y éticas
- Derecho médico
- Certificados e informes
- Secreto médico
- Administración de Justicia: Tribunales, Fiscalías y Policía

- El perito médico: generalidades; condiciones; designación
- Peritos asesores, de partes
- Peritación medicolegal
- Documentos médicos, dictámenes
- Informes, reinformes
- Junta de Peritos
- Tribunal de Ética Médica.

Medicina Legal Especial:

Medicina Legal y Derecho:
- Medicina legal en el derecho penal comparado
- Las legislaciones de la medicina legal
- Constitución; leyes; decretos; reglamentos
- Nuevas leyes penal y procesal.

Medicina Legal y Criminología:
- Antropología criminal
- El estudio del delito
- El estudio del delincuente
- Conductas violentas
- Victimología; Agresor y víctima
- Muerte en custodia
- Medicina carcelaria.

Medicina Legal y Criminalistica:
- Criminalistica de campo
- Técnicas de identificación
- Lugar del hecho
- Investigación de muertes violentas
- Rastros de indicios medicolegales
- La escena del crimen
- Osteoantropología
- Odontología forense
- Genética forense: ADN

- Balística forense.

Medicina Legal y Psiquiatría:

- Pericia psiquiátrica
- Peligrosidad; procesabilidad
- Imputabilidad, inimputabilidad;
- Culpabilidad; inculpabilidad
- Ley de Psicópatas: La Regla M' Naghten
- Personalidades psicopáticas
- Crímenes de la superstición y brujería
- Responsabilidad penal
- Daño psíquico y moral
- DSM-IV y el diagnóstico psiquiátrico.
- Medidas de seguridad
- El internamiento en una institución penal

3. Importancia de la Medicina Legal

Para el estudiante de la carrera de Derecho, o para el profesional, es sumamente importante conocer esta ciencia, para que una vez graduado o en el ejercicio sepa solicitar correctamente el asesoramiento de los peritos médicos, haciéndolo con preguntas claras y concisas que darán lugar a respuestas del mismo tipo y a la vez, capacitándose para evaluar e interpretar las pericias solicitadas.

Véase a la medicina legal como una ciencia tríptica. Es decir, que se fundamenta en tres aspectos fundamentales: la etiología, la patogenia y los aspectos legales. Los contenidos de esta asignatura proporcionarán los conocimientos necesarios para el trabajo futuro en el campo del derecho penal, civil, administrativo y laboral, así como en cualquier otro en que se requieran informes medicolegales.

Hay una relaciona en forma precedente con el derecho penal general, derecho penal especial y derecho procesal penal, derecho civil e igualmente con la criminalistica y la criminología.

El estudio es importante también para poder dominar los conceptos científicos y los términos médicos especializados que

se utilizan; para ello es necesario que leer, interpretar y ejercitarse en los dictámenes médico-forenses adecuadamente, expresándose correctamente en forma oral y escrita.

4. Relación con Otras Ciencias

A.- Ciencias Jurídicas:

Medicina Legal y Derecho

El médico forense posee conocimientos médicos muy especiales, rebasando notoriamente los de médico común y por esta razón penetra forzosamente el ámbito jurídico, sobre todo, *«en las relaciones que las leyes pueden tener con la vida del individuo en sociedad»*. La medicina legal es la que sirve a la justicia; el médico forense es un colaborador indispensable e imprescindible del derecho. En la actualidad, el poder de la medicina legal consiste en prestar múltiples auxilios mutuos, estudiando conjuntamente el modo de garantizar eficazmente los derechos individuales y sociales.

La medicina legal y el derecho tienen una interrelación muy estrecha. Ambos están íntimamente unidos desde que el ser humano nace, protegiéndole por toda la vida, y al morir, su muerte ha de ser certificada por un facultativo. La medicina legal tiene como objeto final valorar las acciones del ser humano, en su total integridad, determinando científicamente los sucesos ocurridos.

Medicina Legal y Derecho Constitucional

La actuación de la medicina legal no es aislada, cualquiera que sea su naturaleza, de las disposiciones legales u oficios vigentes, que emanan de la Constitución, que es una Fuente o Ley Fundamental.

El derecho constitucional estudia los órganos del Estado y orienta, por así decirlo, todo las formas y funciones que ocurren en el marco de los sistemas de derecho.

El Estado representa la superestructura política y a través de la Administración de Justicia favorece el medio que permite le realizar la mayor parte de sus funciones de la medicina legal. Estas funciones son:

Legislativa: Establece de manera general y obligatorias las normas por las que deben conducirse los integrantes del grupo social y la propia organización que esa sociedad adopta. El Estado a través de esta función establece los preceptos jurídicos, las reglas abstractas que juzga a una determinada relación social que la norma ha de regir.

Política: Se caracteriza por conducir a la comunidad política al logro de sus fines y satisfaciendo sus exigencias, determina los fines de la actividad estatal. Son los actos del gobierno, que además de ejercer la ley, también tiene que dotarla de contenido hasta cierto grado.

Ejecutiva: Se caracteriza por obtener de manera inmediata el resultado a aplicar y ejecutar la norma. La administración tiene entre sus funciones ejecutar leyes dentro del Estado, su papel es mucho más relevante ya que deviene centro de gravedad de las tareas del estado y desenvuelve primordialmente otro tipo de función que tipifica su naturaleza.

Administrativa: Sus actividades van más allá del simple aplicar de la ley, constituye la acción y actividad encargada a cumplir finalidades estatales y en esencia es la médula del obrar de la administración. Es la función que en su concepción integra el medio que le permite intervenir intensamente en la vida social.

Jurisdiccional: Consiste en pronunciar el derecho respecto a cada uno de los casos que se somete a su conocimiento, deduciendo de la ley o creando en ausencia de las normas el derecho que se aplica al caso, se caracteriza por fijar el sentido de la ley y el alcance de su aplicación, si lo requiere el caso, sometido a ese fin. Dicha función impone a los tribunales el deber de resolver y conocer sobre las cuestiones de que conocen y se traduce en la posibilidad de que las decisiones jurisdiccionales sean creadoras de derecho.

Medicina Legal y Derecho Penal

El derecho penal, como ciencia, es una ciencia jurídica. Crea el delito como "ente" jurídico. La relación del derecho penal con la medicina legal se ha vuelto compleja por los problemas de las ciencias criminales, las cuales le sirven de auxilio para poder llevar a cabo con eficacia la investigación jurídica de la violencia criminal.

La medicina legal vive hoy un gran debate entre los principios que le aportan el derecho penal, asignándole una función de conocimiento, mientras el derecho penal constituye un factor del cambio social.

Medicina Legal y Derecho Administrativo

El concepto de derecho administrativo sitúa a la medicina legal entre el Estado y la Administración de Justicia, que es un servicio público de gran valor. Toda Administración pública constituye una compleja estructura orgánica que actúa para la obtención de finalidades estatales concretas, en beneficio de los intereses de la sociedad. El fin principal de la administración pública es asegurar la satisfacción de las necesidades de la sociedad. El derecho administrativo obtiene de la medicina legal la ayuda técnica a los servicios que tienen relación con nuestra disciplina.

B.- Ciencias no Jurídicas:

Medicina Legal y Antropología

La antropología y la medicina legal coinciden en muchos aspectos; unos relativos a la vida, otros relativos a la muerte. Esta diversidad de enfoques sobre *la vida y la muerte* sitúa al antropólogo ante un variadísimo esquema de ritos e interpretaciones. *«Lo que para algunos es la desaparición total, para otros supone el paso a otra vida posterior, o simplemente una fase más del ciclo eterno de la existencia»*. Pero en todo caso, la medicina legal es un capítulo de la gran antropología, ciencia que estudia en forma total al individuo, incluyendo los aspectos biológicos y socio-culturales, o como parte integral de cualquier grupo y/o sociedad. Su objeto de estudio es compartido con otras ciencias como la biología, la psicología, la historia, la economía o la política, entre otras. Sus interrogantes se centran en el hombre como miembro del reino animal y en su comportamiento como ser social.

La antropología forense es la rama que más interesa a la medicina legal por su método propio de las ciencias empírico-cultural y de las ciencias formalisticas, que es el procedimiento propio de la investigación de casos criminales. En el ámbito forense esta área está relacionada con la recuperación de los restos óseos, en los casos en que, por su trascendencia judicial, se considere de interés; permite realizar el análisis del esqueleto por medio de otras técnicas de medición (antroprometria) y la observación de rasgos morfológicos (antroposcopia), los cuales permiten obtener datos sobre las características físicas del cadáver.

Medicina legal y el Psicoanálisis criminal [15]

La medicina legal desde el punto de vista del psicoanálisis ocurre cuando ésta es practicada por un perito, con el objeto de conocer la psicología de un delincuente, cuando es al criminal en sí, ya que esto pertenece al psicoanálisis criminal. El estudio está dentro de los dominios de la psiquiatría cuando se trata como enfermo al acusado. En todos estos puntos de vista, la medicina legal le interesa construir una etiología del delito, deslindando los aspectos más importantes en la práctica pericial.

Sin embargo, es de obligatoria lectura para el médico forense, la extraordinaria obra Psicoanálisis criminal (Buenos Aires, 1940) del maestro español don Luis Jiménez de Asúa en la que analiza la naturaleza criminal humana adosada al psicoanálisis creado por Freud, en 1900, y sus continuadores. Especialmente, los aportes científicos y psicoanalíticos en la materia de Jacques Lacan[16], Alexander Staub, entre otros.

Medicina Legal y Ética

A diferencia del antropólogo cultural, del psicoanalista, la ética tiene para el patólogo forense la virtud de un método, y creo que él se debe a la ética profesional por completo. Por ella (la ética) pasa toda la extraordinaria personalidad que debe tener el profesional de la medicina legal, la gran verdad de la prueba pericial, en la que vemos a la persona del *perito* dotado de conocimientos y, su opinión experta fundada, que es el *dictamen.*

---

15. Véase la obra *El psicoanálisis desde el punto de vista de la medicina legal*, por Vaz Ferreira Peña. Uruguay, Montevideo, 1943.

16 Jacques Lacan, en su *Introducción teórica a las funciones del psicoanálisis en criminología.* Escritos, Tomo I, Siglo XXI Editores. *16ª edición.* México, 1990. Págs. 117-142.

El médico forense debe explorar muy bien los hechos en justicia, y no necesariamente saber qué es lo que los hombres o sociedades valoran de esos hechos. En la esfera jurídica, ha de ocuparse de establecer lo que debe ser mandado, prohibido o penado por las leyes de una sociedad.

La creciente demanda de los peritos forenses en los medios tribunalicios hoy en día, está demostrando cuál es la verdadera ética profesional; por un lado, el reconocimiento de los magistrados con respecto a los peritos médicos que le señalaron que la justicia se orientaba por la vía represiva; por el otro, los médicos forenses respondieron al llamado de los magistrados y del Ministerio Público, haciendo valer su lugar y rol.

Sólo imaginemos cual debe ser la ética de los médicos forenses cuando elaboran las respuestas que le son solicitadas desde los coordinadores judiciales; la inserción pericial conlleva muchas obligaciones, responsabilidades y sanciones, las mismas que se consignan en el Cuerpo técnico forense al cual pertenecen.

En estos tiempos, la ética del patólogo forense no tiene que ver con la indiferencia y la abstención de otros tiempos, sino que se observa una conciencia crítica, un método de actuación pericial, en la que queda definida la verdadera función de la medicina legal en la organización judicial del Estado: la de auxiliar a la Justicia.

Este mismo Manual de Medicina Legal tiene por objetivo brindar al estudiante de medicina/derecho los conocimientos básicos de las ciencias forenses y la oportunidad de observar y realizar los dictámenes periciales que son más frecuentes dentro de las labores del perito médico, y que obligatoriamente deberán ejecutarse en una forma ética, oportuna y científica, en apoyo a la administración de justicia.

Este anterior punto de vista nos conduce al tema del *espíritu médico*, al de la vocación de servicio del perito forense, tratado por un maestro de la medicina legal argentina; se trata de Nerio Rojas, cuando expresa: *«El espíritu médico verdadero es la síntesis de tres elementos: técnica científica, sensibilidad profesional y amplitud filosófica. La técnica dará al médico su mayor eficacia;*

la sensibilidad le dará esa rara virtud de la simpatía para el que sufre; la filosofía le dará la cultura en cuyo ambiente comprenderá mejor los problemas biológicos que busca resolver»...«el elemento técnico del espíritu médico, es el que se adquiere sobre todo en la Facultad de Medicina y en los hospitales».[17]

Medicina Legal y Derechos Humanos

Las víctimas de violaciones de derechos humanos recurren en primer lugar al abogado, debido a que éste representa un papel natural en la defensa de tales derechos. La función del abogado que antes se limitó a protestar, cuando comenzaba a trabajar en el área de derechos humanos, teniendo función similar a la de tomar fotografías, grabar declaraciones de testigos, etc., recientemente ha ampliado su participación, encargándose de que hayan respuestas científicas a las violaciones de derechos humanos.

La medicina legal ha contribuido en las investigaciones sobre derechos humanos determinando las causas de aquellos casos donde se exige la mayor seriedad en el debate jurídico, sobre cualquier asunto de interés social que debe enfrentar el problema de la impunidad.[18]

---

[17] Conferencia dictada por su autor en el Centro de Estudiantes de Medicina, titulada *La formación del espíritu médico: Guía intelectual para el estudiante de medicina, en fecha de 1928, Buenos Aires, Argentina*.

[18] Las ciencias penales van en distintas direcciones en el conocimiento trascendental de la categorización de los DH; el presente esquema da cuenta de ello. Veamos: 1) *Derechos humanos de primera generación:* Son llamados derechos de la primera generación a los individuales o civiles que tiene el hombre por el hecho de nacer, y que para surgir no requieren la definición axiológica por un documento jurídico como la Constitución; 2) *Derechos humanos de la segunda generación:* Los derechos humanos de la segunda generación son todas las prerrogativas o pretensiones que los ciudadanos, individual o colectivamente, pueden esgrimir frente a la actividad social y jurídica del Estado; es decir, implican poder exigir a éste determinadas prestaciones. Y 3) *Derechos humanos de la tercera generación:* Los derechos humanos de la tercera generación son los llamados derechos de los pueblos, aquellos de la comunidad como ente colectivo, por ejemplo, los derechos ecológicos, son todos los que surgen gracias a la cooperación internacional.

Si se presenta un informe de tortura en un país determinado, v. gr., de Latinoamérica, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) deberá enviar una delegación médica para investigar lo que ha ocurrido.

Si esta misma situación, fuese matizada por tragedias, motines o intentos de fuga en recintos penitenciarios, en los cuales se produjeran muertes colectivas, en circunstancias sospechosas de anormalidad, es de obligación prioritaria la actuación de la medicina legal, que con sus autopsias y con sus informes, cumple la función de informar sobre los hechos y sobre sus verdaderas causas.

La medicina legal puede mejorar la situación de los Derechos Humanos en la República Dominicana. Para lograrlo hay que promocionar el entrenamiento científico-técnico, identificarse con la investigación médico-forense al servicio de la sociedad.

La deuda externa ha causado mucha pobreza y ha contribuido a la violación de derechos económicos, sociales y culturales; también los derechos políticos son insuficientes y en escala ascendente han perdido todo poder de impresión entre los ciudadanos. Las ciencias forenses están próximas a enfrentarse a la mala política, de derecha, que solo buscar dinero y poder, que no busca justicia.

Medicina legal y derechos humanos, ciencias forenses y sistema penal no pueden continuar como un eufemismo. Así como los derechos humanos de los detenidos son respetados, así deben ser entendidos y respetados los postulados científicos por el sistema de administración de justicia penal.

Este nuevo interés de la justicia en materia de DH, se inició en Centroamérica, por el recrudecimiento de la guerra, por el militarismo en la región. Fue así como surgió la necesidad de generar destrezas en técnicas y tecnologías forenses, impulsar la democratización interna y mejorar la capacidad de investigación.

Nuestros gobiernos han sido incapaces de impartir justicia correctamente en los casos de DH; son muchos los casos de DH llevados a los tribunales, donde los gobiernos se ven obligado a reconocer y a garantizar tales derechos. El empleo de la medicina legal contribuye a que esto se haga con seriedad, y evidentemente

en el futuro el uso de las ciencias forenses va a influir en todas las demás investigaciones.

Existen algunas Agencias de DH y existen Agencias de Ciencias Forenses. Generalmente las ONG´s cumplen funciones de protección de los DH: 1) Denunciar, protestar y exponer la violación ante la opinión pública mundial; 2) Utilizar los recursos de cualquier índole para que el gobierno atienda la violación y 3) Emplear la información obtenida para que el gobierno se percate de las violaciones.

Los laboratorios de criminalistica de nuestra PN y el Instituto Nacional de Patología Forense (INPF) son las clásicas agencias de investigación forense. Actualmente contamos con el INACIF en la República Dominicana, una institución gubernamental, adscrita administrativamente a la Procuraduría General de la República Dominicana, creada con la finalidad de esclarecer la verdad judicial de los hechos punibles mediante los servicios científico-técnicos.

En uno y otros casos, todas estas organizaciones deben estar en sintonía con la ONU y con la CIDH. Si se presenta un informe de tortura en un país, son estos organismos los que deben impulsar la voz de alerta y luego, corresponderá a la institución del gobierno hacerse representar por comisión médica para investigar si se ha producido efectivamente la tortura, o si se trata de una muerte legal.

Medicina Legal y Periodismo

Para el periodismo, la medicina legal constituye una de las mejores fuentes, por los conocimientos que le garantizan la libertad de dar a conocer noticias de hechos medicolegales. Justamente, entre las funciones que puede tener la medicina legal junto al periodismo está la de trasmitir e informar para prevenir a la sociedad contra hechos de características perjudiciales. Ambos oficios buscan la verdad, reconstruirlas en mil detalles. Son ciencias de la verdad de los hechos, pero son hechos que se verifican de manera distinta y en distintas dimensiones de la realidad social.

El periodismo forense no tiene como finalidad resaltar las *«faltas médicas»*, sino por todo lo contrario, contribuir en el manejo adecuado de la información judicial. Muchas veces, por ley, no pueden salir en la prensa los nombres de los procesados primarios y en lo personal, hay que tener cuidado de no divulgar un caso, una sentencia, si ésta no está firme y aún así, incluso, sin dar nombres.

El poder de la prensa en asuntos medicolegales está en el secreto, en no hacer públicas las *«intimidades»* de la vida de las personas, que han sido violentadas o agredidas, o a quienes se les trasplantó un órgano, o cuando a través de los noticieros televisivos entran en nuestros hogares, en que se nos han mostrado suicidios en vivo y directo; pero lo más importante, es en cuanto a la forma de realizar la investigación de casos que puedan confundir a la ciudadanía.

Consideraremos la investigación medicolegal en muertes dudosas, que ocupa el punto medio entre el homicidio y el suicidio.

El carácter engañoso de la determinación del suicidio y sus planteamientos de que «generalmente lo que falta es el factor determinante, es decir, lo que acontecía en la mente de la víctima contemporáneamente con la hora de su muerte», que un fallecimiento no debe ser clasificado como suicidio hasta que se haya descartado cualquiera otra posibilidad que lo explique.

Cuando miramos nuestro alrededor, es obvio aceptar que los periodistas se pasan todo el tiempo en asuntos judiciales, requieren los conocimientos de una disciplina especializada como la medicina legal. La información periodística, tratada por el comunicador como mejor entienda, es coartada por el derecho; la forma deliberada de opinar, de actuar, y del interés de definir correctamente cualquier punto de vista respecto a un acontecimiento. La medicina legal tiene ese valor para el periodista. Se trata, por tanto, de un campo donde se atraviesan y concurren todo género de conflictos humanos, de las personas consigo misma o con otras, con hechos de violencia o connotaciones judiciales, y sometido a los criterios normativos y legales.

Los grandes hechos medicolegales son difundidos rápidamente por la prensa, a veces con imprecisiones y sin una valoración adecuada de las consecuencias.

En la evaluación de la muerte como noticia, los periodistas precisan conocimientos propios de medicina legal, en la exploración retrospectiva e indirecta de la muerte, mediante la autopsia, y en los casos de definir la etiología medicolegal de muertes dudosas donde no había suficientes elementos para afirmar si se trataba de un suicidio, un homicidio o un accidente.

Dar una noticia apresurada y prejuzgada que luego deba ser desmentida, produce un daño que difícilmente elimina las correcciones que no trasciende tanto como la primera información, ocupando un lugar menos destacado. El periodista incurre con frecuencia en mostrar una impresión de la información que sirve de «cura» o de «respuesta» en razón de los hechos cometidos, pero el tiempo de la muerte acaecida no transcurre de la misma manera cuando se le analiza desde la óptica medicolegal.

Medicina Legal y Lógica

Los peritos dictaminan en base a argumentos. Desde el punto de la lógica formal la verdad que se busca en la medicina legal se puede razonar mediante argumentaciones concluyentes las cuales nos conducen a las pruebas o a las demostraciones, que son, en realidad, la base del método inductivo y deductivo, respectivamente, usados en las ciencias criminales. Ambas son consideradas proposiciones generales y abstractas, que en la explicación certera del profesor Mans Puigarnau nos señala que, *«las proposiciones generales o abstractas necesitan ser evidenciadas -demostradas- para poder deducir de ellas otras proposiciones más especiales; y las proposiciones fácticas o concretas requieren ser evidenciadas -probadas- para poder inducir de ellas otras más generales. La manera de evidenciar las proposiciones abstractas (sean teóricas*

o concretas) es la demostración; y la manera de evidenciar las proposiciones concretas (o fácticas) es la prueba».[19]

Tanto la demostración como la prueba son los hilos conductores de toda investigación pericial. Si las analizamos por separado, podemos establecer que de la demostración se forman las tesis delictivas generales, que en el lenguaje de la lógica supone la existencia de una ilación entre un *antecedente* (o principio) y un *consiguiente* (o fundamento del mismo); de la prueba, en cambio, tenemos el hecho particular, que debe ser probado, sobre la cual va a erigirse la evidencia, y posteriormente la autoría y la imputabilidad del reo.

La medicina legal supone la existencia del delito: la responsabilidad individual y la defensa jurídico-social aparecen distintamente distribuida en el razonamiento lógico. En el aspecto formalistico hace falta que tanto para la criminalistica como para la medicina legal el delito sea descubierto y también verificado. Dos características de la verificación de un delito: 1) toda pesquisa debe de llevar al conocimiento del juez todos aquellos elementos que sirvan para acreditar los de índole subjetiva que puedan tener una repercusión y estimación criminológica y penal: motivos, fines, situaciones, etc. La medicina legal está muy relacionada con la psicología. 2) La medicina legal no es una ciencia ciega e inhumana, poseída por un afán absoluto de obtener en todo caso una *prueba*.

La naturaleza de la medicina legal es explicativa, naturalistica. Es notorio el pensar que la medicina legal al igual que la criminalistica, la física, la química, antropometria, fotografía, dactiloscopia, balística constituye una ciencia o arte de la realidad, sin pretensiones normativas.

---

19 Jaime M. Mans Puigarnau. *Lógica para Juristas.* Capítulo III. Dialéctica: Noción y división fundamental del argumento. Ed. Bosch, Barcelona, 1978. Págs. 197-204.

El tiempo es fundamental a los efectos de viabilidad discutida, tal es caso del delito imposible, pluralidad del delito, de casualidad, etc.. La medicina legal puede ser eficaz respecto al testimonio en todas sus formas, tanto en orden a la confesión como a las manifestaciones de los testigos, peritos, etc.. La mayor parte de los errores judiciales se deben a la falsa o equivocada identificación de acusados, hecha por la víctima y testigos.

La medicina legal es una disciplina explicativa y formalistica, constituida por el conjunto sistemático de otras varias disciplinas naturales, teniendo por objeto el descubrimiento y verificación del crimen. Como disciplina auxiliar del derecho se ocupa del descubrimiento y comprobación científica del delito y del delincuente.

Descubrir es indagar –primera fase de lo criminalistico–, es poner en conocimiento judicial y público; descubrir el delito es probar la verdad de lo aducido, y esto se ajusta a la casualidad de lo sucedido. Una gran parte de la razón forense es científicamente metódica; es hija de la experiencia, de la práctica de laboratorio; la otra está vinculada a la policiología, como una estimación, como un encaje de piezas; es hija del ideal, de la lógica.

Medicina Legal y las Ciencias Físico-químicas y naturales

La física, química y la biología (bioquímica, botánica y zoología) prestan una inapreciable e imprescindible colaboración en muchos departamentos y ramas de las técnicas de investigación criminal. La física y la química son de gran utilidad en las experticias balísticas, en los diversos tipos de cromatografías, espectocropias, etc..; en la investigación de manchas, de tóxicos, y sustancias no esclarecidas y gases. Recordemos por un momento el trabajo realizados por los peritos químicos en el secuestro al Teatro Duvrovka de Moscú, por la guerrilla chechena en el 2002, que utilizaron el gas denominado *narcótico holotano* (2 bromo-2-cloro-1.1.1,

fluoretano), según residuos encontrados en las células sanguíneas, orina y plasma de los cuerpos de las víctimas; frecuentemente es un anestésico utilizado en la medicina.

En la biología es de gran ayuda en la determinación de la edad, la raza y el sexo, mediante los cariotipos; en la zoología, contribuye en la determinación de animales venenosos; y en la botánica, en cambio, permite la identificación de venenos en las plantas y hongos, igualmente tóxicos.

III. Evolución Histórica y Desarrollo de la Medicina Legal

Medicina Legal en la Antigüedad:

El primer experto médico legal fue Immhotep (Egipto, 300 años A. C.), la más alta autoridad judicial del rey Zoser, en esta época se castigaba los errores profesionales severamente, se trataba con venenos y con los antídotos.

En el Código de Hammurabí (siglo XVII A. C.), aparecen las primeras cuestiones medicolegales, como el aborto, el homicidio y las lesiones.

En el reinado de Salomón, en Judá (Israel, 961-922, A. C.), se presenta un caso medicolegal en que dos mujeres se pelean la potestad de un niño. Salomón decide darle una mitad del niño a cada quien. (1 Reyes 3, 16-28).

La Ley de las XII Tablas, el más antiguo Código de Derecho Romano (451-450 A. C.), que incluye las normas acerca de la duración del embarazo y de la responsabilidad del enfermo mental.

En Grecia, en el Museo de Alejandría, en el período helénico, se fundaron las Escuelas de Medicina, en la que Herófilo (335-280 A. C.) y Erasístrato (310-250 A. C.) realizaron las primeras disecciones en seres humanos.

Medicina Legal en la Edad Media:

En Italia, en la Universidad de Bolonia, Tadeo de Alderoto (1266-1275) realizó las primeras disecciones durante la Baja Edad Media (siglo XIII). En 1410, Pietro D´Argelata realizó la autopsia del Papa Alejandro VI, tras su muerte súbita y misteriosa, en Bolonia. De igual manera le fue practicada una autopsia a Ignacio de Loyola, en la época en que Carlos I consulta a la Facultad de Teología de la Universidad de Salamanca, donde se declaró: *«la disección de cuerpos humanos sirve a un propósito útil».*

En el siglo XV se empiezan a hacer peritajes medicolegales en caso de aborto, homicidios, infanticidios, entre otros. En 1537, Carlos V promulga el Código Carolino, donde se establece la obligación del médico para auxiliar a los jueces.

Ambrosio Paré, precursor de la medicina legal moderna, da el nombre de *forense* a la especialidad, estableciendo la metodología para los informes medicolegales y para poder descubrir enfermedades simuladas; en 1575, publica en varios tomos su obra *Medicina legal*, la primera obra formal que se conoce en esta especialidad.

En 1603, Enrique VI, confiere a su primer médico la organización de lo que hoy sería un servicio medicolegal.

Paulo Zacchias (1651), reconocido precursor de la medicina legal moderna, por su obra *Questiones medicolegales*.

Fortunato Fideles escribe, en 1598, su obra *De relationibus medicorum.*

Medicina Legal en Europa a partir del Siglo XIX:

Ambrosio Augusto Tardie (1818-1879), descubrió las equimosis y estableció una clasificación de ellas, según sean: subpleurales, subpericárdicas y subpericraneanas.

Alfonso Laccasagne (1843-1924), estudió la importancia del lugar de los hechos en la investigación de la causa y circunstancia de muerte.

Alfonso Duvergie (1798-1879), trabajó en los cambios que experimenta el cadáver en el agua, en tierra y en el aire.

Lombroso (1836-1909), médico italiano, fundador de la Antropología criminal, da a conocer su estudio de los delincuentes que tenían enfermedades mentales, en su teoría del criminal nato.

Vietz, crea la primera cátedra de medicina legal, en Suiza, en la Universidad de Viena.

Aparecen los trabajos de Schreyer, cuya aplicación al peso específico de los pulmones, según contenga en el interior aire o no, permitió emplear la técnica de la docimacia pulmonar hidrostática.

En 1888, Francis Galton propone la identificación dactiloscópica basada en los dibujos de Malpighi (1886), describiendo 101 tipos en 1892.

En 1896, Juan Vucetich crea su sistema de clasificación en 4 tipos fundamentales: arco, presilla interna, presilla externa y verticilo.

En 1901, Richard Henry, desarrolla un sistema de dibujo papilar distintos: arcos, lazos, remolinos y compuestos.

Mateo Enmanuel Orfila, precursor de la toxicología moderna por su tratado de los venenos (1813), en la que dio a conocer una famosa tabla para la medición esquelética.

Raúl Camille Hippolitte Brouardel (869-1906), notable por sus trabajos sobre asfixias.

Víctor Balthazard (1872-1950), publica en 1906 su importante *Manual de medicina legal* (1906) que enfatiza en la etiología y la patogenia general de las intoxicaciones. Gracias a la proyección mundial de su obra, los avances y dominio de la medicina legal, permitieron que la legislaciones propias de esta rama lograran transformar las condiciones de existencia de las víctimas de violencias, y a los mismos peritos médicos y sus auxiliares, que podían afectarse en el cumplimiento de su deber.

Medicina Legal en América Latina:

En la región de América Latina destacan las siguientes figuras: Emilio Federico Pablo Bonnet (Argentina), autor de la obra de medicina legal más erudita que se haya escrito en Latinoamérica, además escribió sobre psicopatología y psiquiatría forenses.

Luis Hidalgo y Carpio Padre, son considerados los fundadores de la medicina legal en México, que existe desde 1833. Entre 1974-1976 se conforma la primera promoción de médicos legistas.

Nino Rodríguez (Brasil), unos de los maestros de la medicina legal de Brasil, en la ciudad de Bahía de Todos los Santos. Creador de una clasificación de las formas de descuartizamiento; y Alfonso Peixoto formuló una clasificación de hímenes; en Cuba, Israel Castellanos, en su obra *Las lesiones desde el punto de vista médico-legal* (1922), donde describe importantes informaciones sobre las armas de fuego, la dactiloscopia, entre otros; en México.

Orígenes de la Medicina Legal en República Dominicana

Según los cronistas, fue en 1533, Hernando de Sepúlveda y Rodrigo Navarro los primeros en realizar una autopsia en el Nuevo Mundo, en la Española; se trata de unos gemelos toracópagos: su finalidad, de fines religioso, para poder llevar a cabo uno o dos bautizos.

Miguel Canela Lázaro (1894-?), descubrió el ligamento peróneo estrógalo calcáneo mientras trabajaba bajo la dirección del insigne anatomista francés H. Rouvière. Sus trabajos médicos de investigación los publicó en *Presse Médicale* y en la *Revue d'Anatomie Patologique de París.* Darío Contreras (1879-), médico legista del Distrito Judicial de Santiago de los Caballeros. Julio De Wint, médico legista entre 1924-31.

El doctor Fernando Arturo Defilló es el verdadero pionero de la medicina legal, considerado el padre de la Anatomía Patológica dominicana y el primero en crear centros de investigaciones médicas. El doctor Héctor Read Barreras, nacido en Santo Domingo, en 1897, es unos de los defensores de la autopsia en la República Dominicana, para quienes se niegan a practicarla en la década de los 40.

El doctor Nelson Astacio Hernández, otros (UCE), la enseñaron después de la Guerra de Abril, en la universidad del Estado.

A finales de la década de los 70, el doctor José Rafael Bolivar García, un aventajado discípulo del maestro César Augusto Giraldo Giraldo, realiza la primera especialidad de patología forense en la ciudad de Medellín, Universidad de Antioquia, Colombia.

Un elogio bien merecido se le ha hecho por haber escrito el capítulo I de la obra del maestro colombiano, titulado *Historia de la Medicina Legal* (1979), en la que, según lo reseñado en ese apartado, da cuenta acerca del origen, evolución y posterior desarrollo de la medicina legal a través de la historia. Nosotros destacamos sobre lo leído, la parte latinoamericana. Por su iniciativa, se creó la ley de autopsia, según nos contó en una conversación en su natal Santiago, hace poco.[20]

_____

20. Véase el artículo que sobre ese respecto escribió, titulado *Necesidad de un Instituto de Patología Forense*. AMD-Gremial, 1979. De acuerdo a lo escrito allí, el proyecto de creación de instituto le fue mostrado por primera vez al doctor Pedro Jorge Blanco, de donde pasó a conocimiento del Presidente Salvador Jorge Blanco, en 1982.

Comisión Nacional de Médicos Forenses[21]

La creación de la *Comisión Nacional de Médicos Forenses* tuvo lugar en *Santo Domingo.* Es poco o nada lo que puede decirse de ella, pues nunca ha realizado una aparición pública. Pero es un organismo de importancia capital, pues, muchos informes delicados deben ser objeto de Junta de Peritos forenses.

Huelga decir que dicha Comisión está muy vinculada al doctor Sarita, entonces director del INPF. También su otro colega, el doctor Iván Brugal Velásquez, un distinguido académico y funcionario universitario, además de médico-patólogo, con algunas notas de estudios e investigaciones sueltas sobre medicina legal, publicadas en revistas y medios escritos.

_____

21. «Artículo 1.- El Instituto de Patología Forense, creado mediante Decreto No. 58-89, del 17 de febrero de 1989, se denominará en lo adelante INSTITUTO NACIONAL DE PATOLOGIA FORENSE. «Artículo 2.- Se crea la COMISION NACIONAL MÉDICO-FORENSE, que estará encargada de la supervisión, evaluación, monitoreo de los trabajos, y la elaboración de las propuestas de políticas de desarrollo, compuesta por un representante de cada una de las siguientes instituciones: Procuraduría General de la República, Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social, Asociación Médica Dominicana, Universidad Autónoma de Santo Domingo, Colegio de Abogados de la República Dominicana, Comisión de los Derechos Humanos, y Comisionado de Apoyo a la Reforma y Modernización de la Justicia. «Artículo 3.- El personal médico del Instituto Nacional de Patología Forense será nombrado por concurso público a través de la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social. «Artículo 4.- El Director del Instituto Nacional de Patología Forense deberá ser Patólogo Forense y miembro activo del personal médico de dicho establecimiento. El Director será escogido de una terna sometido por la COMISIÓN NACIONAL MÉDICO-FORENSE al Poder Ejecutivo vía la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social. «Artículo 5.- La COMISION NACIONAL MÉDICO-FORENSE, se reunirá mensualmente y cuantas veces las circunstancias lo demanden con la Dirección del Instituto Nacional de Patología Forense para evaluar la calidad de los trabajos realizados durante el mes.

Ley 136-80 sobre Autopsia Judicial

La Ley No. 136-80 se promulgó el 3 de mayo del año de 1980, según está indicado en la Gaceta Oficial No. 9532. En general, de acuerdo al texto fiel de la ley, lo que se buscó fue regular la prueba pericial más importante de la medicina legal: la autopsia. En ellas se declara la obligatoriedad de la práctica de la autopsia judicial en la instrucción preparatoria del proceso penal. No es un eufemismo, sino que tiene por razón justifica lo que ha ordenado el legislador para la «investigación oficiosa» de los crímenes, la persecución y la instrucción sean realizadas por dos funcionarios diferentes; es decir, de la parte judicial, el Procurador Fiscal y el Juez de Instrucción, y de la parte «pericial» los médicos forenses y los legistas.

Dicha ley también prescribe la labor de los médicos forenses, de los legistas, la facultad de poder realizar las autopsias y de practicar los exámenes o reconocimientos, emitir los dictámenes requeridos por las autoridades judiciales a los fines de reunir los elementos de pruebas, que han de aportar a los jueces de la Jurisdicción para edificar su convicción, constituyendo una medida de instrucción en la investigación jurídico-penal, capaz de garantizar una mejor y más completa administración de la justicia.

La autopsia judicial tiene un carácter técnico, constituye una prueba pericial eficaz para coadyuvar la reconstrucción de las causales de una muerte. En ella se regulan de manera apropiada todos los peritajes, los cuales son orientados en las disposiciones de los artículos 204 hasta el 217 del Código Procesal Penal.

Contiene 19 artículos que recogen los principios de la actuación pericial, tanto en sus aspectos técnicos, legales y éticos. Los artículos 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 7, se refieren a la práctica de la autopsia judicial en la instrucción de todo caso de muerte violenta; igualmente detalla quién designa a los peritos médicos.

Hace referencia e sobrevenida en cualquier de las circunstancias siguientes»:

Los artículos 8 y 9 prescriben sobre el lugar donde la autopsia se llevará a cabo; es como decir, en el órgano especializado que los faculta llevarla a cabo; no podrá hacerse la autopsia sin la previa certificación de la muerte por el médico legista, luego de este funcionario emplear los procedimientos habituales para asegurar su realidad.

Los artículos 10 y 11 tratan del rol el perito médico, que antes de entrar en funciones, prestará ante cualquier funcionario del orden judicial, juramento de proceder al examen y dar su informe según su honor y conciencia. La prestación del juramento se hará constar en una Acta levantada por el funcionario judicial ante quien se prestare el mismo, firmada por éste, por su secretario y su perito.

Los artículos comprendidos entre el 12 y el 16 se refieren al plazo del informe medicolegal, tras haberse terminado la autopsia, los requisitos de dicho informe; debiendo ser por escrito fechado y firmado contentivo de su nombre, sus títulos, la reproducción del mandato judicial en virtud del cual actúa, la mención del cadáver examinado, el enunciado de los puntos sometidos a su consideración, la descripción de las operaciones técnicas efectuadas, los argumentos de su interpretación científica y finalmente las conclusiones concretas expresadas en términos breves, explícitos y sin ambigüedad. Dicho informe será depositado en la Secretaría del Procurador Fiscal o del Juez de Instrucción del caso, en sobre cerrado y lacrado, levantándose el Acta correspondiente. Guardando las más claras reservas del secreto profesional sobre los hechos y datos que sólo pudo conocer en ocasión de la función pericial realizada, hasta concluirse totalmente el procedimiento en la Jurisdicción de Instrucción.

IV. La institucionalización de la medicina legal nacional: El INPF

La participación nuestra en el VII Curso Internacional de Criminología constituyó el escenario que se esperaba para discutir dos estructuras mal integradas de las ciencias forenses en el país: El Instituto Nacional de Patología Forense (INPF) y la Sociedad Dominicana de Medicina Legal, de reciente creación. La única explicación objetiva de la incongruencia que nadie oculta con respecto al nuevo Instituto Nacional de Ciencias Forenses (INACIF), tiene que ver directamente con esta problemática específica. En cuanto al INACIF, ya el tema ha sido discutido, y acaso merezca nuevo comentario de nuestra parte, excepto recordar que un organismo como éste funciona en conformidad con estándares internacionales, siendo el primer criterio, entre otros, que el instituto sea dirigido por un forense, no necesariamente por un médico.

En primer lugar, el Instituto Nacional de Patología Forense, si se quiere, conlleva una contradicción menor, ya que existe el instituto como tal, pero no hay patólogos forenses formados en el país, ni tradición de que hayan sido organizados alrededor de la cátedra de medicina legal, la investigación y la institucionalización. Luego sigue evaluar la evolución del edificio que ha acogido a la patología forense todos estos años y que no ha avanzado satisfactoriamente; y la Residencia de Medicina Forense (que es la que forma a los médicos forenses desde 1996) no opera con los adelantos del progreso científico de la medicina legal de hoy. La cuestión es importante porque la columna central de un Instituto y de una Sociedad es que estén bien centralizadas la cuestión medicolegal que toma en cuenta la formación de los recursos humanos (los forenses) y la calidad de las autopsias.

Sobre la Sociedad de Medicina Forense que se aprestan a crear los médicos forenses del Instituto Nacional de Patología Forense,

deseamos expresar nuestro parecer, quizás porque creemos no se tiene una visión clara, o se ignoran las verdaderas funciones de un organismo como éste. Si el método forense ha sido descuidado en el INPF, ahora en el INACIF no se debe correr este riesgo en la creación de la Sociedad Dominicana de Medicina Forense. Muy a pesar de todo eso, deseo expresar todo mi apoyo y nuestras felicitaciones más sinceras a los iniciadores del proyecto.

Una Sociedad de Medicina Legal es un órgano central esencialmente académico que orienta el ejercicio profesional de la medicina legal de un país determinado, en las cuestiones que presenta a la Justicia para el auxilio científico, tanto en el orden civil como en el penal. No puede, por tanto, haber contradicción entre la "comunidad forense", que se forma en las reuniones de profesionales para proteger los intereses del ejercicio y de las instituciones.

Una Sociedad de Medicina Legal es la antesala del Instituto de Medicina Legal, que en nuestro país es el INPF, que aporta las autopsias y los médicos forenses. Sería entonces correcto considerarlo el organismo principal de la medicina legal. En ella domina el clima de la ciencia, las revistas especializadas, las publicaciones y las investigaciones, y de allí surgen los liderazgos para dirigir las instituciones forenses.

Siguiendo el rastro a otras Sociedades de medicina legal en el pasado, de raíces muy lejanas, tenemos que ésta se inició en el mundo hacia 1375, cuando se autorizaron las primeras autopsias, y luego se crearon las primeras cátedras de esta materia. En Francia, la facultad de Montpellier se fundó en 1374, obtuvo licencia para hacer las autopsias. La medicina legal como ciencia se concretó en el S. XVI, siendo Ambrosio Paré el verdadero padre de la Medicina Legal, el primero en desarrollarla. Paul Zachias (Italia) fue el máximo representante en el S XVII, y Orfila (de origen español) el primero en desarrollar la toxicología. Pinel y Esquirol fundaron en Francia la Psiquiatría forense. Tardieu y Brouardel fueron los máximos exponentes de la Medicina Legal en el siglo XIX. También pertenecen a esta época, figuras como Thoinot, Lacasagne, Baltharzar y el profesor Icard (de Marsella).

La Sociedad de Medicina Legal es el Cuerpo de más alta especialidad como órgano oficial de la colectividad francesa, y como el organismo que realiza los congresos de Medicina Legal en lengua francesa. Lombroso, en Italia, fundó en 1880 su famoso Anuario de Antropología Criminal, Psiquiatría y Medicina Legal, al servicio del estudio del hombre delincuente, y fungió como el órgano oficial de la Sociedad Italiana de Medicina Legal. En España, la medicina legal empieza a partir de Juan Fragoso, desde 1601. En el año de 1843 se crea la Cátedra de Medicina Legal confiada a Pedro Mata. Se destacan los nombres de Antonio Lecha Marzo, de Antonio Piga y de José Antonio Gisbert Calabuig.

En 1821, la Universidad de Buenos Aires creó la cátedra de Medicina Legal. Hacia 1924, llega el profesor Nerio Rojas quien hizo muchas transformaciones en la cátedra de medicina legal y fundó desde 1931 Los Archivos de Medicina Legal. Es autor del Tratado titulado Medicina Legal, que ha tenido varias ediciones. A él se le debe haber organizado los primeros estudios para otorgar de diplomas a los médicos legistas. En el campo de la psiquiatría, en 1902, José Ingenieros, psiquiatra, alienista, positivista, filósofo social, fundó los Archivos de Criminología, Psiquiatría y Medicina Legal, y en 1907, creó el Instituto de Criminología de Buenos Aires (el primero en América Latina). Desde 1928 funciona la Sociedad de Medicina Legal y Toxicología en Buenos Aires.

En Brasil el peritazgo se oficializó en el año de 1886. En 1933, empezó la enseñanza de esta disciplina se organizaron los servicios medicolegales y se creó el Consejo Médico-forense.

En Cuba, en 1842, la Universidad de La Habana creó la cátedra de Medicina Legal, inaugurada por el profesor José Lister Contraverde. Después vendrán dos maestros, profundos intelectuales del tramo: Ramón Manuel Zambrano y Valdés, e Israel Castellanos. La Sociedad de Medicina Legal de Cuba se fundó, más o menos, por los años de 1950. Tuvo una Revista que fue su órgano más importante y que fue dirigida por las personalidades Antonio Barreras Fernández y Manuel Barroso Monasque.

Casi todas las personalidades que he tenido a bien mencionar, y otras que aún no he mencionado, todos han sido Miembros correspondientes de la Sociedad de Medicina Legal de Francia. Son muchos y variados los nombres que pueden dárseles, los aspectos que se requieren antes de hablar de formar una Sociedad, sería prudente y pertinaz asumir una actitud adecuada con relación a todos los problemas planteados. Me molesta aceptar que nuestra medicina legal aun carece de identidad, de carácter y de conciencia.

Instituto Nacional de Patología Forense
Fundado el 17 de febrero de 1989.

El Instituto Nacional de Ciencias Forenses (INACIF)

El Instituto Nacional de Ciencias Forenses tiene su origen en la segunda etapa de la reforma procesal penal y, tal como se ha señalado, era imprescindible que antes de que dicho código fuera aprobado, debió crearse el medio científico de investigación criminal, sin lo cual no sería posible opinar en esta materia; no sería más que un eufemismo eso de que *«el Ministerio Público dirige, practica u ordena practicar las diligencias pertinentes y útiles para determinar la ocurrencia del hecho punible y su responsable».*

Este primer intento de integración de las ciencias forenses data del año 2002. El material traído por los aires de cambios en el sistema de justicia procesal penal, se inspiró en la Ley Orgánica del Organismo de Investigación Judicial (Ley 5524, de Costa Rica) y el Instituto de Ciencias Forenses de Puerto Rico (Ley No. 13, 24 de julio de 1985). El proyecto respondió al nombre de Instituto de Ciencias Forenses de la República Dominicana, y su presentación correspondió a un antiguo director del Instituto Nacional de Patología Forense, y un ex-Jefe de la Policía. Las dos columnas sobre la que deberá sostenerse el nuevo organismo.

Básicamente, la organización se convertiría en «el medio a través del cual se descubren los indicios que permitan llevar a cabo la persecución de los delitos; será una dependencia de la Procuraduría General de la República, cumplirá las funciones de Policía Judicial durante la investigación criminal» [*el texto de la cita es nuestro, en los comentarios hechos al proyecto en sección de trabajo de la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados*]. Pero no pudo ser el Instituto de Ciencias Forenses: el proyecto perimió, a pesar de que fue reintroducido en más de cinco (5) ocasiones.

En el 2004, en el último mes del año, la Procuraduría General de la República mediante resolución no. 16956 creaba el Instituto

Nacional de Ciencias Forenses, integrándolo a las otras dependencias insertadas en la Ley 78-03 del Estatuto del Ministerio Público. La misión del nuevo organismo con funciones de Policía Judicial es única: esclarecer la verdad a los tribunales y ministerios públicos, mediante un proceso investigativo, para la recolección, clasificación, almacenaje, evaluación y análisis de las evidencias físicas, incluyendo las autopsias.

Rápidamente el INACIF es una muestra de como nuestra justicia forense ha alcanzado una tendencia, busca un nuevo orden, una nueva unidad y una integración que es casi una exigencia tras el cambio del modelo de la justicia procesal, que ahora se fundamenta más en la prueba pericial y en la labor de los nuevos peritos: *los médicos forenses.*

Para poder comprender la función del Instituto Nacional de Ciencias Forenses de la República Dominicana, es esencial familiarizarse con la legislación que lo ha creado (ver Anexos), ya que a través de ella se prescriben cuidadosamente la forma de cómo se ha de seleccionar a los peritos, designarlo en su cargo, orientarlo en su actuación, recibir sus dictámenes y finalmente utilizarlos.

Las reglamentaciones que se vinculan a las ciencias forenses han sido muy escasas en nuestro país; para cambiar antiguas deficiencias, la creación del INACF es todo un gran salto de avance, un verdadero proyecto de integración, que hace posible, de acuerdo a criterios idóneos el ejercicio del conjunto de ciencias forenses, que hasta ahora están ausentes en el escenario de las universidades, que deben incorporarse ya, si es que la justicia quiere de veras alcanzar su más viejo ideal: humanidad y rigor científico en el esclarecimiento de los casos.

La Ley 76-02, impuso muchas obligaciones a la medicina legal nacional: Entre ellas, practicar muchos exámenes, reconocimiento de evidencias para ser analizada por el juez, y emitir los dictámenes medicolegales. Esta ley procesal penal actual pide que se haga una relación más detallada de todas las operaciones que practican los expertos forenses y de sus resultados.

El *máximun* de rendimiento útil que la sociedad ha esperado de las cualidades del perito forense tiene una oportunidad en el Instituto Nacional de Ciencias Forenses.

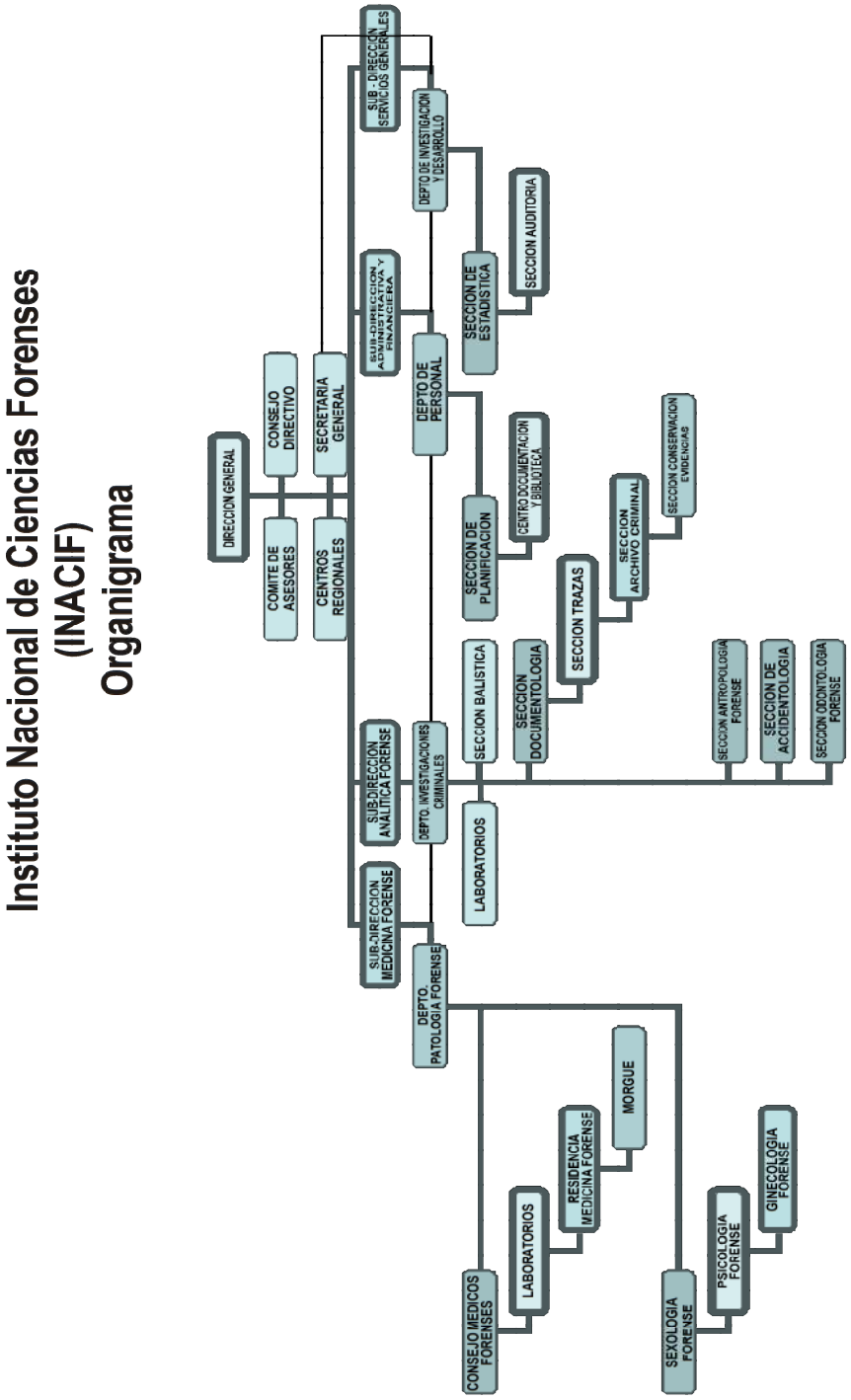
En el contexto del Código Procesal Penal, el INACIF crea los peritos oficiales, a diferencia de cuando éstos eran designado de oficio por el juez, solicitado al Instituto de Patología Forense, y en caso de otras áreas médicas o de la salud mental, *«en cuyo caso debió haberse inscripto previamente en una lista de peritos confeccionada y depurada por la SESPAS».*

Así, creemos, que el INACIF es un Cuerpo Médico-Forense, establecido en los términos de la resolución que ha dispuesto su creación. Pero el INACIF no es la continuación del INPF. Tampoco representa la esperada evolución de la práctica de la patología forense en la República Dominicana, ya que en el contexto del INPF, por ley, está definido todo un sistema legal del ejercicio profesional de la medicina legal. Su aparición abrupta, traída por la ola de reformas procesales, de creación reciente, nos remite a hacer algunas puntualizaciones acerca de la normativa de la prueba pericial, ya que éstas son reguladas para el ejercicio del derecho a la jurisdicción en que ésta materia se encuentra.

Para tal efecto, es importante dar a conocer de manera sinóptica como está compuesto este nuevo organismo. Lamentamos muchos tener que mostrar un organigrama que no existe todavía, pero es el que deberá tener algún día esta institución.[22]

_____

22. Nuestro organigrama del INACIF.



Organigrama propuesto por el autor, durante los trabajos de la Comisión de Justicia de la Cámara de Diputados. 2007.

PARTE GENERAL

TANATOLOGÍA FORENSE - TOXICOLOGÍA FORENSE - TRAUMATOLOGÍA FORENSE - ASFIXIOLOGÍA FORENSE - DEONTOLOGÍA FORENSE

Capítulo II

TANATOLOGÍA FORENSE

I. Tanatología forense: Concepto; Definición jurídica de la muerte; Formas de muertes; A) Muerte natural o crónica; B) Muerte violenta o legal; Diagnóstico de la defunción; Signos negativos y signos positivos; Tanatocronodiagnóstico; Signos en el cadáver reciente, signos en el cadáver antiguo; Fenómenos cadavéricos: tempranos y tardíos; Circunstancias que modifican la rigidez cadavérica; Causas de muerte que lo pueden producir; Mecanismo del espasmo cadavérico; Fenómenos cadavéricos tardíos, procesos que se producen en la putrefacción, características químicas: productos finales de la putrefacción, períodos de la putrefacción; Signos en la escena de la muerte; Inhumación, cremación y exhumación de cadáveres; Tipos de exhumación, Requisitos de la inhumación, Requisitos para la exhumación; Exhumación de cadáveres por vencimiento de arrendamiento; El rol de la Policía Mortuoria; II. Tanatología: Práctica de la autopsia medicolegal o judicial; Tipos de autopsia; Protocolo de autopsia; Materiales que se emplean en las autopsias; Interrogantes planteadas al perito; Levantamiento del cadáver, Certificación de la muerte, Realización de la autopsia, Certificación de la defunción; Porcentajes de autopsias realizadas por el INPF Ley No. 136 sobre autopsia judicial; III. Nueva Tanatología: Ciencia, arte y método; Ciencia: Suicidiología; Concepto de suicidio; Tipos de suicidio; Etiología de los suicidios; Arte: Autopsia psicológica; Muertes de pacientes con enfermedades terminales; Método: IV. Eutanasia: Breve historia; Concepto de eutanasia; Tipos de eutanasia; Variables de la eutanasia; Eutanasia en la actualidad; En América; V. Trasplante de órganos y tejidos.

1. Tanatología: Concepto

La *tanatología forense* comprende la suma de los conocimientos tecnológicos y científicos con relación a la muerte.

Es una rama de la medicina forense que trata todo lo relativo a la muerte y al cadáver, desde el punto de vista medicolegal. La tanatología forense es el tronco de la medicina legal y, por lo tanto, incluye de manera general, la investigación de la escena de la muerte, el examen anatómico del cadáver y las transformaciones físicas, químicas y microbianas que sufre el cadáver (la autopsia forense), en el que se lleva a cabo la investigación o diagnóstico, tanto de la manera como de la causa y del tiempo de la muerte, que desde el punto de vista médico es imprescindible para dejar establecido el aspecto jurídico, es lo que se llama *tanatocronodiagnóstico*, y la reglamentación que tienen relación directa con la muerte, entre otros.

Esta definición, ya clásica entre todos los autores, bien puede reducirse a cuatro términos: diagnóstico de defunción, el cadáver, la autopsia y las legislaciones que se ocupan de la muerte.

En otros países, la *tanatología* también se ocupa de la supervivencia, muerte de los pacientes con enfermedades terminales, la eutanasia, el diagnóstico de los suicidios y otros aspectos éticos que persigue darle sentido al proceso de la muerte.

El vocablo *tanatología* deviene del griego *Thanatos*-muerte y *Logos*-estudio. Todas estas cuestiones de la tanatología práctica, relacionada con la muerte y el cadáver, abarcativa de cuestiones científicas, las cuales se caracterizan por un conjunto de manifestaciones y cambios físicos, químicos y microbianos, que se presentan en el cuerpo al momento de producirse la muerte, con consecuencias civiles y penales, pertenecen a los profesores clásicos de la medicina legal tanatológica contemporánea.

El término de *tanatología* fue acuñado por Ilya Mechnikoff (1845-1916), un profesor ruso de zoología y de anatomía comparada de las universidades de Odessa y San Petersburgo, famoso por sus estudios sobre el sistema inmunológico y la base de su mecanismo; dichos estudios le permitieron obtener el Nóbel de Medicina, en 1908. Autor de la obra *La inmunidad en las enfermedades infecciosas.* Posteriormente se dedicó a estudiar el envejecimiento, el cual consideraba como un proceso de intoxicación crónica.

En la actualidad la ciencia de la muerte ha sido convertida en un arte de morir, y desde hace un tiempo para acá, la *nueva tanatología* –que es como se le llama–, se ocupa de dar atención más allá de curar, cuidar a los enfermos terminales, disminuyendo los sufrimientos de quienes padecen enfermedades incurables, ayudar a que se preparen para la muerte, y si es posible hacer que logren un aprendizaje de esta experiencia trascendente.

La tanatología tiene temas de estudio aun más amplio, que han sido divididos como sigue.

1) *agonología:* es el estudio de los fenómenos agónicos.

2) *etiología:* es el estudio de la causa de la muerte: espontánea o natural o patológica; accidental; criminal dolosa o culposa; suicida o autoprovocada.

3) *tanatosemiología:* estudia los signos de muertes y fenómenos cadavéricos propiamente dicho, que incluyen la putrefacción, conservación y transformación del cadáver.

4) *tanatobiología:* estudio de la flora y fauna cadavérica.

5) *cronotanatodiagnóstico:* es el diagnóstico del tiempo transcurrido desde la muerte. Tiene en cuenta los fenómenos cadavéricos presentes.

6) *identificación:* la muerte es la finalización de la existencia real en las personas visibles o reales, por ello es necesaria la seguridad de la información.

7) *autopsia o necropsia:* es el examen y apertura del cadáver para investigar y constatar las causas de la muerte de una persona. Las abducciones o autopsias medicolegales se realizan en la ciudad de Santo Domingo, en el INPF y en sus dependencias regionales.

8) *embalsamología:* es el estudio que corresponde a la preparación y conservación del cadáver.

9) *inhumación*: es el acto de enterrar o guardar el cadáver de acuerdo a las normas legales.

10) *exhumación:* es el acto de extraer el cadáver del lugar donde está inhumado.

2. Definición jurídica de la muerte

La muerte es un problema jurídico central, y aunque nuestro derecho penal no cuenta con una definición legal, al estilo de la mayoría de los sistemas jurídicos extranjeros, que incluyen la «interconexión de los conocimientos médicos y jurídicos», y se juzga la «producción de la muerte»; en ese sentido, el Código Penal dominicano la define como toda forma de *dar muerte*, de *matar*, sea ésta intencionalmente o en forma voluntaria; en el Código Civil, están contenidas las prescripciones sobre inhumaciones y las exhumaciones, para tener una comprobación segura de la muerte y de su causa.

La muerte es el concepto básico de la medicina legal. En épocas pasadas se creía que el cese definitivo de la actividad del corazón y de la respiración era suficiente para comprender la muerte; tal es el esquema clásico de muerte, pero resulta que poco a poco se fue formando el concepto de la muerte en la ciencia natural, más exacto, más abierto, es el que la define como *«un estado de reposo definitivo de la circulación y la respiración, conectando con el cese de la actividad del sistema nervioso central y seguido de muerte de todas sus células y tejidos del organismo»*[23]

Un Comité creado por la Escuela de Harvard en 1968 definió la muerte como la interrupción permanente y completa de las funciones cerebrales, cumpliéndose los siguientes requisitos.

En los años posteriores se ha aceptado esta definición en todos los países del mundo, aún con algunas modificaciones:

1. Falta de receptividad y respuestas a estímulos externos si se separa a la persona del respirador durante tres (3) minutos,
2. Ausencia total de movimiento o respiración,
3. Ausencia total de reflejos,
4. Silencio bioeléctrico (EEG Plano).

---

23 Revista de la Asociación Médica Mundial, Italia, 2003.

Para la medicina legal la muerte es una realidad que se llama *cadáver*. Es por eso que en la primera intervención del médico forense, en el levantamiento del cadáver, *«lo que se va a levantar es un cadáver, y no un cuerpo, aún vivo, o con la apariencia de un cadáver»*.

Si nos fijamos en el significado etimológico de la acepción *cadáver*, veremos que significa *«cuerpo muerto»*; si analizamos de manera estacionaria, estática, estos dos conceptos, pues, podemos afirmar que el *cuerpo* es el sustrato material de la vida, el cual representa la intensidad de la energía vital, la fuerza interna mediante la cual cobra la vida del ser, y *lo muerto*, como aquello «que está sin vida», y por lo tanto, desde un tópico científico, el cadáver es el verdadero indicador de la muerte. Es una muerte demostrada, gracias a que han cesado de manera irreversibles las funciones vitales, que aunque sean consideradas, en principio, por su carácter relativo, y que son posteriormente admitidas como certeras en los signos cadavéricos, debido a una serie de cambios sucesivos que el cuerpo, experimenta posteriormente a la muerte hasta llegar a su completa destrucción.

La muerte es un concepto complicado, y tal es la razón de que exista más de un punto de vista sobre el particular. El primer lugar, aquel que consiste en el término del ciclo de la vida que sobreviene como un evento natural o crónico, existiendo circunstancias tales como las enfermedades y el envejecimiento; y el segundo punto de vista, es el de la muerte acaecida por una razón violenta, la cual será valorada críticamente por la administración de justicia. Puede existir algún estado clínico, en que las funciones que caracterizan la vida no se manifiesten, pareciendo estar abolidas, entonces se habla de *muerte aparente*; o por el contrario, la caracterización de la muerte puede ser en parada cardiorrespiratoria, que es como tradicionalmente se espera que ésta ocurra, denominada con el nuevo criterio de *muerte cerebral*, entonces hablamos de *muerte real*. Por otro lado, la base conceptual medicolegal de la muerte conduce hacia procedimientos del tipo que interesa a la reglamentación municipal, para inhumar, exhumar y propiciar el

ingreso de cadáveres al país desde el extranjero; procedimientos quirúrgicos mutilantes, tales como la donación de sus órganos, y regulaciones de carácter bioético, como las asociaciones y organizaciones que se relacionan con la tanatología en aspectos deontológicos y ético-sociales, cuidado a los pacientes terminales que desean *"morir con dignidad"*.

El médico forense está en la obligación de establecer con respecto a la muerte una clasificación a fin de poder determinar las distintas posturas que sobre ella va a adquirir la justicia, pues, como es sabido en los casos de muerte violenta, el cadáver pertenece al Estado, a diferencia de las muertes por causas naturales, que pertenece a la familia del fallecido. Veamos esta interesante Declaración de la AMM sobre el concepto de la muerte, en general, y sobre los restantes temas del presente capítulo de la tanatología:

Declaración de Sydney de la Asociación Médica Mundial sobre la muerte. Adoptada por la 22ª Asamblea Médica Mundial, Sydney, Australia, 1968. Y enmendada por la 35ª Asamblea Médica Mundial, Venecia, Italia, octubre 1983.

1. La determinación del momento de la muerte, en la mayoría de los países, es responsabilidad del médico y así debe seguir siendo. Por lo general, el médico puede determinar, sin ayuda especial, la muerte de una persona utilizando los métodos clásicos conocidos por todo médico.

2. Sin embargo, dos avances modernos de la medicina ha hecho necesario un estudio más detenido de la cuestión relativa al momento de la muerte:

a) la capacidad de mantener, por medios artificiales, la circulación de la sangre oxigenada a través de los tejidos del cuerpo que pueden haber sido dañados irreversiblemente.

b) el uso de órganos de un cadáver, como el corazón o los riñones, para trasplante.

3. La complicación es que la muerte es un proceso gradual a nivel celular, con la variación de la capacidad de los tejidos para resistir la falta de oxígeno. No obstante, el interés clínico no reside en el estado de conservación de las células aisladas, sino en el destino de una persona. A este respecto, el momento de la muerte de las diferentes células y órganos no es tan importante como la certeza de que el proceso se ha hecho irreversible, cualesquiera sean las técnicas de resucitación que puedan ser empleadas.

4. Es esencial determinar la cesación irreversible de todas las funciones de todo el cerebro, incluido el bulbo raquídeo. Esta determinación se basará en el juicio clínico con la ayuda, si es necesaria, de otros medios de diagnóstico. Sin embargo, ninguna norma tecnológica es totalmente satisfactoria en el estado actual de la medicina, como tampoco ningún procedimiento tecnológico puede sustituir el juicio general del médico. En el caso del trasplante de un órgano, el estado de muerte debe ser determinado por dos o más médicos, los cuales no deben estar relacionados o pertenecer al equipo que realiza el trasplante.

5. La determinación del estado de muerte de una persona permite, desde el punto de vista ético, suspender los intentos de resucitación y, en los países donde la ley lo permite, extraer órganos del cadáver, siempre que se hayan cumplido los requisitos legales vigentes de consentimiento.

3. Formas de muerte

La muerte ocurre de dos maneras:
a) Natural o crónica
b) Violenta o legal;
y, en una tercera variedad, está la denominada:
c) Dudosa o sospechosa de una circunstancia anormal (el término, muerte sospechosa de criminalidad es incorrecto).

A. Muerte natural o crónica:

En el total de autopsias practicadas por el Instituto Nacional de Patología Forense de Santo Domingo, en 1995, las muertes de causas naturales dieron una proporción del 25 por 100.

La muerte natural o crónica se subdividen en: Súbitas y las inesperadas.

a) *Súbitas:* Aquellas que ocurren muy rápida, casi instantánea, «y durante el curso de un aparente estado de salud».

Existe una gran variedad de casos dentro de las muertes repentinas, siendo característico *«que sobrevienen de un esfuerzo, con un mínimo de traumatismo, una emoción, la cólera o simplemente de excesos alcohólicos»*.[24] Estas se clasifican en:

- *Muerte súbita en niños*, las que suelen ocurrir en las primeras horas al nacimiento o en los primeros dos años de vida. En estos casos importan dos mecanismos muy particulares. a) si el niño ha muerto en cama, frente a algún adulto, cabe suponer que el niño haya sido involuntariamente ahogado por compresión toráxica; b) cuando el niño muere demacrado, cabe suponer una alimentación deficiente.

_____

24. Lacassagne, Víctor. Aquí el maestro español expone los casos de muertes repentinas y no súbitas recogiendo todas las posibles circunstancias y los mecanismos de su producción. En el final del capítulo establece los casos en los que ciertas lesiones externas son consecuencias y no la causa de la enfermedad que causó la muerte, teniendo un carácter *post-morten. Manual de Medicina Legal.* Op. Cit. Pág. 296.

- *Muerte súbita de causa desconocida*, la que ha ocurrido de manera natural por circunstancias anormales, y que el médico forense debe sin vacilación confesar al juez que no ha podido encontrar la causa de la muerte.

- *Muerte súbita por inhibición*, la que sobreviene a consecuencia de la inhibición de un órgano, sea que haya ocurrido por excitación de los nervios o por vía refleja. Existe un gran cuadro medicolegal de muerte por inhibición en la que el mecanismo de la muerte rápida se produce. Por ejemplo, en casos de tos, de hipo, de estornudo; en ciertas enfermedades que causan temblores, después de un trance de agonía más o menos larga; en las muertes violentas, como las asfixias.

b) *Inesperadas:* Aquellas que tiene un carácter de lesión crónica e inesperada en un individuo que padece una enfermedad, precipitándose fatalmente, como era de esperarse.

Existen, no obstante, dos categorías dentro de las muertes inesperadas.

- *Muertes sospechosas sin lesiones exteriores,* como en las enfermedades seguida de períodos prodrómicos; por ejemplo las intoxicaciones que reflejan una gran intensidad y despiertan sospecha de un envenenamiento; y

- *Muertes sospechosas con lesiones exteriores,* siempre que las mismas hayan ocurrido *ante-morten* y que sea la consecuencia de un crimen, un suicidio o un accidente o de lo contrario es una lesión que no guarda relación con la muerte.

B. Muerte violenta o legal:

La muerte violenta o legal se presenta como resultado de una causa externa. Puede ser a causa de herida de bala, de un proyectil de arma de fuego, de la lesión de arma blanca o como resultado de un accidente de tránsito. En todas ellas el común denominador es la violencia, la cual se manifiesta por la fuerza exterior del acto determinado.

Para que las causas de muertes violentas adquieran un verdadero valor medicolegal es necesario que éstas sean clasificadas en: Homicidios, suicidios y accidentes. El diagnóstico legal sobre el que descansa toda muerte violenta las hace siempre sospechosa de circunstancias anormales o de criminalidad, y es por eso que se habla de una cuarta categoría, denominada a veces como *muerte dudosa o de causa indeterminada*.

a) *Homicidio:* La muerte homicida puede ocurrir no solo involuntariamente, sino intencional. En el Código Penal comprende desde los artículos 295 a 378. En este intervalo se recoge todas las formas de homicidios y asesinatos conocidos.

b) *Suicidio:* La muerte suicida constituye un homicidio de sí mimo, y por tal razón es considerado una muerte en la que se combina en la misma persona el asesino y el asesinado.

c) *Accidente:* En el caso de los accidentes de tránsito, se trata de colisiones, atropellamientos, volcaduras o proyecciones contra cuerpos fijos; en medios laborales, lesiones corporales del trabajador, enfermedades contraídas por motivo de la realización del trabajo.

Diagnóstico de la defunción

El diagnóstico de muerte, o *tanatodiagnóstico*, se basa en los cambios que experimenta el cadáver y nos permite, mediante la observación o por medio de pruebas, entender la realidad de la muerte. Estos signos son de dos tipos, y requieren dos órdenes de verificación diferentes, por ser de carácter *relativo*, los primeros, y *absoluto*, los segundos.

Los primeros, son los *signos negativos*, tienen que ver con la abolición de las funciones vitales: a) neurológicos o sensitivos, b) respiratorios y c) circulatorios. Los segundos, son los *signos positivos*, y se refieren a la tanatosemiología, es decir, a los llamados fenómenos cadavéricos, los cuales ocurren debido a las modificaciones químicas que se producen en los tejidos del cadáver, y que no pueden verificarse sino pocas horas después, confirmando de forma certera y absoluta que las funciones vitales se han suprimido.

En unos y otros, lo que se persigue es la comprobación de estos signos, para que determinen la abolición completa y definitiva de estas funciones.

Signos negativos:

En los casos de muerte aparente, pueden abolirse las funciones nerviosas de sensibilidad y motilidad, y existen casos de muerte somática, en los que se verifica un aparente cese de las funciones orgánicas, como la respiración, circulación, y la actividad cerebral.

1. Signos neurológicos o sensitivos: Lo más característico es la inmovilidad muscular, la abolición de las percepciones sensitivas y sensoriales. Con la ayuda de la corriente eléctrica, podrá verse que el músculo estimulado ha perdido la capacidad nerviosa.

Un ejemplo característico es como los histéricos pueden ser insensibles a la excitación sensorial de la gota de éter proyectada en las fosas nasales; el pellizco del pezón por medio de unas pinzas con garfios. Es el *signo de Josat.*

2. Signos respiratorios: Están determinados por la ausencia de movimientos del tórax y por la auscultación de las contracciones diafragmáticas que expulsan el aire hacia afuera. En el pasado se utilizaba el método de colocar un espejo delante de la boca, y si éste respira el aire cargado con vapor de agua, a chocar con el espejo lo empaña. Es el *signo de Winslow.*

3. Signos circulatorios: El examen tradicional de comprobación de la circulación consiste en tomar los signos que dan cuenta de las cesaciones del pulso o radial, de las carótidas, de los temporales y de los latidos del corazón durante veinte minutos. Es el *signo de Bouchut*. También es conocido el *método de Icard* que consiste en aplicar una inyección subcutánea de fluoresceína, o seccionar la arteria radial o temporal y si no se derrama sangre es afirmativa la falta de circulación.

Signos Positivos:

También llamados *fenómenos cadavéricos,* corresponden a los cambios que transcurren más tarde y que tiene el efecto de destrucción o transformación de cadáver. Es decir, que no son inmediatos, sino que revelan que la muerte ya es una evidencia, y por lo tanto existe un grado de certidumbre.

Tanatocronodiagnóstico

La data de la muerte plantea el primer problema medicolegal en la determinación de la muerte. Su importancia consiste en fijar

con exactitud el momento en que ésta se ha producido, para lo cual los médicos forenses valoran un conjunto de signos en cadáveres recientes, y en cadáveres antiguos. Es el diagnóstico del intervalo post-morten o de la hora de la muerte.

De él depende:

a) que se acepte la coartada del criminal;

b) que se enjuicie a un inocente.

El Tanatocronodiagnóstico trata de determinar: La hora o el día de la muerte en un intervalo post-morten corto; una estimación de semanas, meses, años o un siglo.

Estos signos los hemos divididos en dos grupos: El primer grupo corresponde a la extinción de las funciones vitales, propia de los cadáveres recientes; y el segundo grupo, a la supresión de las funciones de los tejidos y partes orgánicas, transcurrido un poco de tiempo después de la muerte.

Como una orientación de lo que hemos estado indicando arriba, sigue siendo válido el esquema clásico de Ch. Vibert, cuando dice:[25]

- «Si el cuerpo está aún caliente, sin rigidez y sin livideces, la muerte es reciente, datando a lo sumo de 6 a 8 horas.

- «Si el cuerpo está frío, con livideces muy acentuadas y la putrefacción no ha comenzado aún, la muerte data de 24 a 48 horas.

- «Si la rigidez ha desaparecido, existe la mancha verde abdominal y los gases empiezan a desarrollarse en el abdomen o debajo de la piel, la muerte data más de 36 horas.

- «Certificación médica de la defunción: régimen jurídico.

Para proceder al fallecimiento es preciso la intervención del médico, siendo necesario la certificación médica. Tal certificación ha de hacer constar las señales inequívocas de la muerte.

_____

25. Ch. Vibert, citado por M. R. Jouvence, en su artículo: *"Del diagnóstico de la muerte en atención primaria: la muerte doméstica. Muerte aparente en inhumación precoz".* Octubre, 2003.

El conocimiento de estos signos, en el orden en que van sucediendo, sirve para deducir cuándo tuvo lugar la muerte, y a cuáles elementos de juicio se ha de recurrir para la peritación forense.

Signos en el cadáver reciente:

a) Las Reacciones supravitales:
- Excitabilidad post-morten
- Reacciones pupilares
- Cambios retinianos
- Coagulación post-morten

b) Fenómenos fisiológicos:
- Contenido gástrico
- Contenido vesical
- Crecimiento de la barba

c) *Fenómenos bioquímicos:*
- Nitrógeno animado = 10 horas
- Nitrógeno no proteico = 12 horas
- Creatina = 10, 28, 30 horas
- Amonio = 8, 10 horas
- Fósforos inorgánicos = 10 horas

Signos en el cadáver antiguo:

I.- Fenómenos cadavéricos: tempranos y tardíos:

Tempranos: Enfriamiento, deshidratación, rigidez cadavérica espasmo y lividez.

1. Enfriamiento o frigor mortis: Consiste en la pérdida de temperatura que experimenta el cadáver hasta igualarla con la del medio ambiente. Factores que influyen en su proceso de instalación:

- ambientales: clima.
- individuales: sexo, edad, estatura, estado de nutrición, desarrollo del tejido adiposo.
- causa de muerte: enfermedades crónicas, hemorragia, intoxicación por fósforo, arsénico, alcohol y el frío dan lugar a que se establezca más pronto.
- en las enfermedades agudas, apoplegía, insolación, golpe de calor, sofocación, el calor dura mas tiempo.

2. *Deshidratación cadavérica:* Pérdida de líquido por evaporación que experimenta el cadáver. Se puede traducir en:

- fenómenos generales (pérdida de peso)
- fenómenos locales (apergaminamiento cutáneo, desecación, de mucosa y fenómenos oculares)

En la deshidratación, las elevadas temperaturas y la fuerte ventilación dan lugar a la evaporación de los líquidos en el cadáver.

Los cambios debido a estos fenómenos se pueden apreciar en el ojo. Si el cadáver permaneció con los ojos abiertos habrá opacidad de la córnea a las dos horas, a las cuatro horas será franca. Con los ojos cerrados la opacidad se aprecia a las veinticuatro horas.

3. Rigidez o rigor mortis: Es un estado de tiesura, dureza y retracción que sobreviene en los músculos después de la muerte. Características:

- Se inicia en los músculos de fibras lisas, miocardio y diafragma, media a dos horas después de la muerte
- se inicia 3 a 6 horas después en la musculatura estriada esquelética (mandíbula, párpados, cara, cuello, tórax, brazos, tronco y piernas.
- se establece de 8 a 12 horas
  - alcanza su máxima intensidad de 18 a 24 horas
  - inicia su desaparición a las 36 a 48 horas

Circunstancias que modifican la rigidez cadavérica:

- edad (precoz y corta en niños y ancianos)
- desarrollo muscular (más tardía en individuos atléticos)
- cansancio (precoz y débil)
- causas de muertes (en violentas y repentinas, es tardía, intensa y duradera)
- enfermedades crónicas y caquectizantes (precoz, débil y corta).

4. Espasmo cadavérico: Posición que adopta la persona cuando le sorprende la muerte. Se diferencia de la rigidez en que no va precedido de un período de relajación. Es muy poco frecuente.

Causas de muerte que lo pueden producir:

-procesos convulsionantes (tétanos, eclampsia)
-muerte por lesiones espontáneas del snc
-fulguración

Mecanismo del espasmo cadavérico:

- fenómeno vital que se pone en marcha por una estimulación nerviosa normal
- inmediatamente después de la muerte, la contracción muscular persiste por el fallo de los procesos químicos que intervienen en la relajación activa de los músculos.

5. Lividez o libor mortis: Coloración rojo vinosa que se producen en el cadáver en las partes declives y que no están sometidas a presión. Características:

- son constantes
- la coloración varía según el color de la sangre al momento

de la muerte

- la intensidad depende de la fluidez de la sangre (más intensa en las asfixia) menos intensa en la muerte por hemorragia y anemia.

- obedecen al cambio de posición
- aparecen a partir de las primeras 3 horas
- en este intervalo desaparecen a la digito presión
- comienzan a fijarse de 10 a 12 horas
- en este intervalo no desaparecen a la digito presión y si el cadáver es movido de posición se forman nuevas livideces
- de las 18-20 horas no se forman más livideces.

6. Hipóstasis visceral: Acumulación de sangre en las partes declives de las vísceras.

II.- Fenómenos cadavéricos tardíos:

a) Destructores: Autólisis, putrefacción y antropofagia cadavérica.

Autólisis: Es un proceso de descomposición de las enzimas de las células que ocurren en el cadáver de forma anaeróbica, es decir, sin el contacto de las bacterias.

Putrefacción: Descomposición fermentativa de las materias orgánicas del cadáver por efecto de las bacterias.

De acuerdo con Lecha-Marzo[26], las bacterias que actúan en este proceso son:

1- aerobios (basilo subtilis,b.fluorescens, proteus vulgaris, basilo coli)

26. Lecha-Marzo, Antonio. *Tratado de autopsias y embalsamamiento.* Barcelona, 1917.

2- aerobios facultativos (basilo putrificus, basilo liquefaciens magnus,vibrio septicus)

3- anaerobios (basilo perfringens, basilo putridus gracilis, basilo magnus, clostridium sporogenes).

Estos microorganismos actúan sobre las proteínas, los glúcidos y los lípidos.

Procesos que se producen en la putrefacción:

- reducción (dan lugar a la formación de abundantes gases fétidos
- oxidación (los gases son menos fétidos, dura menos tiempo)

Características químicas:

- actúan sobre los prótidos y los glúcidos formando cuerpos simples y elementos minerales
- proteínas albuminosas peptonas polipéptidos aminoácidos.
- la posible formación de ácidos grasos inferiores a partir de las albúminas, da valor a la explicación de la formación de la adipocira.

Productos finales de la putrefacción:

1. gases (hidrogeno, amoniaco, metano, anhídrido carbónico, ácido sulfúrico
2. ácidos (fórmico, acético, propiónico, butírico, valérico, oleico, palmítico, láctico)
3. lactosas (valerolactona)
4. sales de amonio
5. ácidos aminados (glicola, leucina, tirosina)
6. cuerpos aromaticos (fenol, ortocresol, ácido fenilacético)
7. ptomainas o alcaloides cadavericos (colina, trimetilamina, midaleina, neuridina, cadaverina y putrescina).

Períodos de la putrefacción

1. *Período cromático: P*rimer signo objetivo de la putrefacción. Aparece como una mancha verdosa en las fosas iliacas.

- se inicia después de las 24 horas.
- su duración es de días
- la degradación de la hemoglobina es lo que determina que se produzca esta coloración, manchas verdosas en ambas fosas iliacas por período cromático de la putrefacción.

2. *Período enfisematoso:* Se caracteriza por la abundante producción de gases debido a la gran actividad de los microorganismos anaerobios, por lo que vamos a encontrar:

- distensión del abdomen
- deformidad de la cara (cara de batracio), por protrusión de ojos, lengua.
- áreas de epidermólisis
- vesículas enfisematosas
- veteado venoso

3. *Período colicuativo:* En este período se "licuefaccionan" los tejidos blandos o músculos, y puede ocurrir en cadáveres abandonados al aire libre o recién inhumados.

4. *Período de reducción esquelética:* Se completa desde los 5 años, cuando el cadáver ha sido inhumado en tierra y 7 cuando ha sido colocado en algún nicho, de acuerdo a nuestra disposición municipal. La pulverización del esqueleto puede prolongarse hasta los 20 años.

Antropofagia cadavérica: Es la destrucción del cadáver por acción de animales. Las moscas, que depositan sus huevos en las comisuras de la boca, la nariz; las ratas, los escarabajos, las hormigas, los animales carnívoros, los cuervos y los peces. En todos los casos

mencionados ocurren corrosiones, mutilaciones y erosiones que dan cuenta del lugar en donde se encontró el cadáver.

b) Conservadores: Adipocira, corificación y momificación

Adipocira: La adipocira o *saponificación* es un proceso de alteración del cadáver que ha permanecido en un medio húmedo. Consiste en una transformación de la grasa del cuerpo que permite que los músculos y tejidos del cadáver se conserven.

Corificación: En este caso el cadáver la conservación es debido a una coagulación de la piel debido a que ha sido inhumado en una caja metálica herméticamente cerrada. La piel da la impresión de un cuero recién curtido. La corificación tiene lugar alrededor del primer año y termina aproximadamente al medio año después.

Momificación: Tiene lugar en un medio privado de oxígeno, muy seco y con ventilación. El cadáver se deshidrata rápidamente, los líquidos procedentes de la descomposición de los órganos se absorben y se evaporan con facilidad, las carnes se resecan, y se apergaminan.

Signos en la escena de la muerte:

- Fecha de la correspondencia: periódico, reloj, la coagulación de la leche, alimentos preparados.
- Detalles en la superficie del cadáver: piojos, césped.
- Detalles de manchas en el perímetro del lugar.

Inhumación, Cremación y Exhumación de Cadáveres

La Inhumación *(*del latín, *In humus)*, que significa enterrar, sepultar un cadáver. En la República Dominicana la inhumación no podrá efectuarse antes de las 12 horas ni después de las 36 horas, contado el momento del fallecimiento, a menos que lo indique una orden sanitaria, en consideración a la causa de la muerte. Veamos lo que ese respecto se establece en la actual Ley General de Salud:[27]

«Art. 137.- La SESPAS, en coordinación con los ayuntamientos, la Secretaría de Estado de Medio Ambiente y Recursos Naturales y demás instituciones competentes, elaborará la reglamentación que norme la adecuada disposición de cadáveres de seres humanos en cementerios, crematorios, la inhumación y exhumación de cadáveres humanos, así como todo lo referente a la normatización sanitaria del traslado internacional e ingreso de cadáveres humanos.

«Párrafo.- La SESPAS, en coordinación con las instituciones competentes, elaborará los reglamentos que establezcan los requisitos sanitarios para la construcción de cementerios y crematorios y entierro de cadáveres humanos en los cementerios».

«Art. 138.- Los crematorios deberán contar con los dispositivos necesarios para asegurar que la eliminación de los desechos o productos de la combustión no constituirán un problema sanitario».

«Párrafo.- Los cadáveres que van a ser cremados deberán ser objeto de autopsia previa, en la forma y condiciones establecidas en los reglamentos y con las excepciones que se establezcan en las mismas».

_____

27. *Ley 42-01*. Capítulo II: De la Disposición de Cadáveres de Seres Humanos. Arts. 137 y 138.

Incineración

La incineración o cremación consiste en la reducción a cenizas los cadáveres en hornos crematorios especiales, cuando los familiares lo soliciten.

En nuestro país no siempre fue practicada la cremación de cadáveres. Parece una tendencia en la sociedad contemporánea, por las facilidades que ofrece a los familiares del occiso. Desde el punto de vista medicolegal, no es recomendable en los casos de muerte violenta, por la destrucción definitiva del cadáver. Desde el punto de vista de la iglesia o de la moral, lo que preocupa es la naturaleza de la muerte y no propiamente de la realidad de la muerte.

Los requisitos para realizar cremaciones están establecido en un viejo Reglamento, el No. 3529, sobre Policía Mortuoria, en los artículos 18 y sgtes. También en la Ley General de Salud (Ley 42-01), en el Capítulo II, artículos 137-138, sobre las disposiciones de cadáveres de seres humanos.

Exhumación

La Exhumación (del latín *Ex humus)*, que significa desenterrar el cadáver. Es el proceso de desenterramiento que llevan a cabo los antropólogos y médicos forenses con el fin de aunar esfuerzos para la identificación de restos óseos humanos (de desaparecidos, o de N. N.), en base al esfuerzo combinado de la Antropología biológica (paleoantropología, somatología, antropología dental, dermato-glífica), arqueología y otras disciplinas antropológicas (sociales), forenses (medicina, odontología) y la criminalistica.

Dos aspectos son imprescindibles al momento de realizar las exhumaciones: Las pautas para realizarlas y las condiciones legales. Bajo la dirección y supervisión del fiscal a cargo de las investigaciones, los antropólogos forenses que fueron nombrados

como peritos para el caso, realizarán la exhumación y la colección de indicios; y este mismo fiscal verificará que la excavación y documentación se realicen en buenas condiciones de visibilidad y sin apresuramientos. Si al finalizar el día no se dispone de buena iluminación, se recomendará que se aplace el trabajo hasta el día siguiente.

Requisitos de la Inhumación

Entre los requisitos para inhumar cadáveres están:

a) Diagnóstico de la defunción, para la comprobación del fallecimiento;

b) Certificado de defunción, donde se estipula la causa de la muerte;

c) Asentar la defunción en el Registro Civil del lugar en que ésta ocurrió o en la localidad donde está el cadáver.

d) La autorización de la Policía Mortuoria, cuya función es cumplir con los requisitos sanitarios de la inhumación y exhumación.

El Código Penal de la República Dominicana, en el Título II, *sobre crímenes contra los particulares*, Capítulo I, *sobre crímenes y delitos contra las personas*, Sección 6ta. Párrafo III, *sobre infracción a las leyes relativas a la inhumación* establece lo siguiente:

«Art. 358.- El que, sin autorización previa de autoridad competente, haga inhumar el cadáver de un individuo que hubiere fallecido, será castigado con pena correccional de seis (6) días a dos (2) meses, y multa de cincuenta pesos; sin perjuicio de los procedimientos que puedan seguirse, por los delitos que en este caso se imputen a los autores de la inhumación. En la misma pena incurrirá el que infringiere las leyes y reglamentos relativos a las inhumaciones festinadas».

«Art. 359.- El que ocultare o encubriere el cadáver de una persona asesinada o muerta a consecuencia de golpes o heridas, será castigado con

prisión de seis (6) a dos (2) años de prisión, y multa de doscientos pesos; sin perjuicios penas más graves si resultare cómplice del delito».

«Art. 360.- El que profanare cadáveres, sepulturas será castigado con prisión correccional de un (1) mes a un (1) año, y multa de diez a cien pesos; sin perjuicio de penas más graves si se hiciere reo de los demás delitos que puedan cometerse en estos casos».[28]

Tipos de Exhumación:

Ordinaria: Son aquellas que no podrán realizarse antes del período reglamentario señalado por la ley; este tipo de exhumación no podrá efectuarse antes de cinco (5) años, en casos de inhumación efectuadas en el suelo ni antes de siete (7) años, en caso de enterramiento efectuado en nichos.

Extraordinaria o judicial: Aquellas que pueden tener cualquier tiempo, cuando se hagan para investigación de carácter judicial.

Requisitos para la Exhumación:

1) Certificación del cementerio, donde se realizará la exhumación;
2) Pagar los impuestos a la Dirección General de Impuestos Internos;
3) Pagar los impuestos a la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (Centro Sanitario); y,
4) Tener el tiempo reglamentario prescrito por la ley.

28. Código Penal. Op. cit.

Exhumación de cadáveres por vencimiento de arrendamiento

También la exhumación de cadáveres puede realizarse extraordinariamente por causa de vencimiento de arrendamiento. El encargado del cementerio extraerá de los libros, los nombres de las personas e indicaciones de las manzanas que hayan sido arrendadas y cuyos arrendamientos estén llegando a su final; llevará a cabo las publicaciones debidas en los periódicos de la localidad directamente e informará a los interesados del término de su arrendamiento, que debe renovar los contratos, y que procedan a la exhumación de los restos antes del día de la expiración del plazo.

En el caso de vencimiento del contrato, el encargado del cementerio puede accionar las ventas o arrendamientos de esos terrenos o porciones, y podrán ser trasladados los restos a un depósito, los residuos como ropa, caja u otros serán quemados.

Rol de la Policía Mortuoria

Los requisitos a que está sujeta la función de la Policía Mortuoria comprenden su crecimiento con el promedio de defunciones, el tiempo de permanencia de los cadáveres en función de las inhumaciones y exhumaciones reglamentarias, las condiciones de las sepulturas, la construcción de cenotafios, de osarios, en cuanto a las reglas y prohibiciones municipales.

En lo referente a los cementerios toda ciudad o la parte más poblada de una sección, deberá contar con uno o más cementerios. Los mismos deberán cumplir con los siguientes requisitos: a) Debe estar situado a una distancia de 1,000 metros de los límites de la ciudad; b) Debe estar situado por lo menos a una distancia de 200 metros de cualquier pozo, cisterna u otro manantial o fuente de agua destinada al consumo público o privado, a la vez que debe situarse en un lugar de fácil drenaje y apto para el cavado de fosas, no expuesto

a inundaciones, seco y que no perjudique a la población, c) Sus dimensiones estarán en relación con la población, su probable crecimiento con el promedio de las defunciones, con el tiempo de permanencia de los cadáveres, que será por lo menos de cinco (5) años, con el espacio concedido a cada sepultura que será por lo menos de 3 metros cuadrados y el espacio necesario para monumentos, piedras, sepulturas, candelabros y flores y con el espacio que debe de haber entre las sepulturas que será por lo menos de sesenta (60) centímetros; d) Todos los cementerios deben estar cercados en toda su extensión de cemento preferentemente, o de alambrada o de verjas de hierro; debiendo tener por lo menos dos (2) metros de altura, y las entradas necesarias protegidas por puertas; e) Debe estar provisto de uno o más lugares apropiados para depósito de los restos. Dicho lugar u osario será construido lo más retirado de la entrada, ocupando por lo menos un espacio de tres (3) metros cuadrados teniendo por los menos dos (2) metros de profundidad, el cual se hará a prueba de ratas, revestido de concreto y provisto de una tapa de metal, dividida en dos; f) Todo cementerio tendrá en un solo sitio aparte un local para quemar los féretros, mortajas, ropas u otros objetos que se recojan en las inhumaciones.

El régimen social de los cementerios corresponde al Secretario de Salud Pública y Asistencia Social. Cuando éste lo juzgue conveniente para la debida protección de la salud pública puede ordenar que cualquier cementerio permanezca abierto durante la noche, así como ordenar su clausura. En casos de clausura no podrá volverse a abrir sino después de transcurrido por los menos cinco (5) años. Después de esa fecha podrá usarse de nuevo para inhumaciones. En caso en que el terreno de cualquier cementerio pueda desearse para fines de cultivo o construcciones, será necesario obtener un permiso especial del Secretario de Estado de Salud y Previsión Social.

La administración de los cementerios, en cambio, está a cargo del Consejo Administrativo del Distrito Nacional o los Ayuntamientos. Estos llevarán en libros que registren el nombre (cuando se conozcan) la dirección, número de cédula de identidad

personal y serie de la misma, siempre que estén en obligación de poseerla de acuerdo con la ley, edad de toda persona enterrada o incinerada, la causa de la muerte y lugar donde ocurrió ésta, fecha de enterramiento o incineración y lugar exacto de la sepultura.

De acuerdo a las reglas de cementerios y de Policía Mortuoria, no podrá enterrarse más de un cadáver en una misma sepultura o fosa, pero en los panteones compuestos de dos o más criptas se podrán enterrar varios cadáveres al mismo tiempo; las parcelas construidas para las sepulturas deben estar separadas de otras por una distancia por lo menos de sesenta (60) centímetros de cada lado; los panteones y nichos deben cerrarse herméticamente con losas, ladrillos, cemento o algún material impermeable; los cadáveres deben enterrarse dentro de los ataúdes.

El reglamento establece que ningún cadáver podrá permanecer más de veinticuatro (24) horas sin haber recibido sepultura, salvo el caso de que el cadáver haya sido embalsamado. De igual manera no podrá incinerarse ningún cadáver antes de las 24 horas de su fallecimiento. Los cadáveres que demuestren señales evidentes de descomposición o putrefacción, serán enterrados cuanto antes en el cementerio correspondiente. Pero si la defunción ocurriese debido a enfermedades transmisibles de alta peligrosidad (cólera asiática, peste bubónica, etc.), el cadáver deberá ser trasladado directamente al cementerio, cumpliendo con los requisitos indicados por las autoridades sanitarias del lugar del fallecimiento. En los casos de defunciones de las cuales convenga establecer los aspectos sanitarios o medicolegales, se comunicará a la autoridad sanitaria o judicial, para que ésta realice u ordene realizar la autopsia o cualquier otra investigación necesaria para aclarar el caso.

Para introducir un cadáver a la República Dominicana debe cumplirse con los siguientes requisitos:

a) Certificación de embalsamamiento con el número de registro, nombre y dirección de la agencia embalsamadora. Volante para la agencia de transportación en donde deben constar los datos anteriores, además de la descripción del boleto de viaje de la persona que acompaña el cadáver y del destino del cadáver; b) Copia de

Certificado de Defunción firmado por un funcionario del Registro Civil, acompañado de una certificación de autenticidad de dicha firma dada por el Cónsul del país de destino; c) Un permiso de transporte de cadáver que deberá ser registrado en el Consulado (original y copia); d) Permiso de enterramiento; e) Boleto de transporte; f) Acta notarial en la que conste que el cadáver ha sido embalsamado y preparado (indicando las sustancias usadas y las dosis) y que puede por lo tanto ser transportado sin peligro de contagio; g) Todo certificado debe estar acompañado de un certificado de autenticidad de firma y del visto-bueno del Cónsul.

Para fines de enterramiento será necesario ajustarse a los siguientes requisitos: a) Ningún cadáver podrá ser enterrado sin que previamente se haya extendido el asiento de la defunción en el Registro Civil del lugar en que ésta ocurrió o del de la localidad donde esté el cadáver, y para tal fin será de requisito la presentación del Certificado de Defunción; b) Presentar ante la autoridad de Salud Pública de donde se efectúe el enterramiento, el Certificado Médico, Causa de Defunción, firmado por el médico o médicos que asistieron al fenecido en vida, así como por el Oficial del Registro Civil de la localidad; y c) Presentar al Encargado de la Oficina del cementerio, el permiso sanitario firmado por la autoridad de Salud Pública.[29]

Las violaciones a estas disposiciones de la Policía Mortuoria, en la actual Ley General de Salud, será dispuesta y sancionada mediante un reglamento elaborado en coordinación con los Ayuntamientos, la Secretaría de Estado de Medio Ambiente, "que norme la adecuada disposición de cadáveres en cementerios, crematorios, la inhumación y exhumación de cadáveres humanos, así como todo lo referente a la normalización sanitaria del traslado internacional e ingreso de cadáveres humanos" (art.137, Ley 42-01).[30]

_____

29. (*) Véase el Reglamento Nº 3529, sobre *Policía Mortuoria*, Gaceta Oficial No. 8216, 22 de febrero de 1958.

30. *Ley 42-01. Ley General de Salud*. Promulgada el 8 de marzo del 2001.

II. Tanatología. Práctica de la autopsia medicolegal o judicial

La Autopsia

La autopsia es un procedimiento médico clave para obtener informaciones morfológicas sobre las causas de una enfermedad, o sobre los cambios que tuvieron como consecuencia de su deceso. La autopsia es conocida también con otros sinónimos, más o menos conocidos: *examen post-morten, necropsia, tanatopsia.*

Fundamentalmente se trata de realizar un examen quirúrgico post-morten; se trata de un estudio anatómico del cuerpo humano con diversos fines, siendo el legal el más importante. Porque en definitiva, la autopsia constituye la parte central de la investigación de la muerte. De acuerdo al CCP, en su artículo 217, señala que: *«los peritos que designe el Ministerio Público deben rendir un informe sobre causa la médica de la muerte, de los estados patológicos preexistentes, de la forma médico-legal del hecho y del momento en que ésta se produjo. Si el Ministerio Público no ordena la autopsia, las partes pueden solicitar al juez o tribunal que lo haga.»*[31]

Concepto de autopsia forense: Autopsia forense o necropsia, es el examen y apertura del cadáver para investigar y constatar las causas de la muerte de una persona.

31. Ley 76-02, que establece el Código Procesal Penal de la República Dominicana.

Tipos de autopsia

Las autopsias son esencialmente de dos tipos, las llamadas *hospitalarias* o clínicas y *las judiciales* o medicolegales. Esta división es preferible debido a que toda autopsia representa un examen que sigue fehacientemente la utilización del método científico de las ciencias naturales, propio de la metodología médica.

Los autores italianos Severi, Montalti, Filippi y Borri[32] hacen diferencia entre la autopsia y la necrotomia o *apertura del cadáver* y la necropsia u *observación del cadáver.* En términos generales, todas las autopsias pueden ser *científica* cuando se trata de conocer la etiología de ciertos enfermedades; *clínica*, cuando se compara o busca en ciertas lesiones la razón de signos o síntomas observados en vida; *anatomopatológica*, cuando permite conocer la fisiopatología, las lesiones y sus causas, y, finalmente, la autopsia *medicolegal, forense o judicial* realizada para dar respuesta médica a un problema legal (identificación, causa, manera, tiempo, etcétera).

La práctica de autopsia judicial consiste en describir con el máximo detalle el cadáver correspondiente, conforme a los siguientes criterios:

a) *Datos de identificación:* sexo, edad, caracteres generales. Anotar la referencia de autopsia, no la filiación.

b) *Datos de información relativa a la data del fallecimiento:* fenómenos cadavéricos.

c) *Datos de información relativa a las causas del fallecimiento:* examen externo y examen interno.

d) *Datos sobre las causas del fallecimiento:* diagnóstico de la muerte y etiología medicolegal.

_____

32. Severi, Montalti y Filippi y Borri. *Manuale de Medicina Legale.* Milán, Florencia, 1896.

La autopsia medicolegal o judicial se suscita en casos de muertes violentas, siendo estas posibles y de manera obligatorias en los casos establecido en el artículo 1º de la ley nacional de autopsia, y en general.[33]

«Artículo 1.- Es obligatoria la práctica de la autopsia judicial en la instrucción de todo caso de muerte sobrevenida en cualquier de las circunstancias siguientes:

a) Cuando existan indicios o sospechas de que haya sido provocada por medios criminales;

b) Por alguna forma de violencia criminal;

c) Repentina o inesperadamente, disfrutando la persona relativa o aparente buena salud;

d) Si la persona estuviera en prisión.

e) Cuando proviniere de un aborto o de un parto prematuro;

f) Si fuere por suicidio o sospecha de tal;

g) En toda otra especie, que sea procedente a juicio del Procurador Fiscal o quien haga a sus veces durante la instrucción del proceso».

Protocolo de Autopsia

El protocolo es el retrato hablado de lo ocurrido en la autopsia y las fotografías, los bocetos y cuadros que describen las estructuras de lo que se vio al momento de practicar la cirugía anatomopatológica. El producto final es lo que se denomina *protocolo de autopsia, y diagnóstico anatómico de presunción*, el cual se genera al mismo tiempo en que ésta se está llevando a cabo.

33. Ley 136-80. *Ley de Autopsia Judicial.* G. O. no. 9532, del 31 de mayo de 1980.

El diagnóstico anatómico de presunción comprende las opiniones personales al término de la autopsia. Concluidos los exámenes toxicológicos especializados y pruebas adicionales, se cambia dicho diagnóstico presuntivo por un *diagnóstico anatómico definitivo*. He aquí un ejemplo de un protocolo de autopsia ampliado, propio de los que se emplean en países europeos y en Estados Unidos.[34]

1. Número de la autopsia
2. Nombre del fallecido: edad, sexo, fecha de ingreso, de defunción, de la autopsia
3. Nombre del médico a cargo del fallecido
4. Permiso para la autopsia
5. Datos clínicos, informe quirúrgico-patológico
6. Diagnóstico clínico final
7. Protocolo descriptivo
8. Diagnóstico anatómico de presunción
9. Interpretación provisional
10. Datos macroscópicos de conferencia
11. Datos macroscópicos
12. Informes químicos y microbiológicos
13. Resumen e interpretación
14. Datos microscópicos de conferencia
15. Bibliografía
16. Fotografía
17. Diagnóstico anatómico definitivo
18 Protocolo de datos clínicopatológica de conferencia
19. Firma de anatomopatólogo (prosector).

_____

34. Lüttger, Hans. *Medicina y Derecho.* Instituto de Criminología de la Universidad Complutense de Madrid, 1984.

Los protocolos de autopsias deben ser comprensibles, los más exactos posibles, completos y documentados, debiendo contener las opiniones del anatomopatólogo respecto a los objetivos que dieron razón a la autopsia en un informe sencillo para ser empelados por la Policía y las Cortes.

Materiales empleados en las Autopsias

1. Mesa de autopsia de acero inoxidable, con drenajes adecuados de paso de agua
2. Lavado y cañería
3. Armario de instrumental
4. Mesa portátil de instrumentos
5. Cubo de basura con pedal
6. Cubeta de ruedas
7. Negatoscopios para examinar radiografías
8. Básculas y balanzas
9. Pizarra
10. Tablero de información
11. Recipientes varios
12. Frascos con fijador
13. Reproductor fotográfico

En cuanto al instrumental:

1. Bisturí de hoja fija
2. Bisturí desechable
3. Cuchillos de diferentes tamaños
4. Pinza de dientes
5. Pinzas de disección
6. Tijeras de puntas agudas
7. Tijeras de puntas romas
8. Tijeras de intestino

9. Tijeras de coronarias
10. Tijeras de bronquios
11. Tijeras para hueso
12. Tijeras de brazos largos
13. Sonda de 1 mm de diámetro
14. Costotomo
15. 4 Clamps de intestino o hilo de lino
16. Sierra vibratoria
17. Martillo con gancho y escoplo
18. Regla métrica
19. Gasas
20. Esponjas
21. Cucharón o recipiente graduado.

Debiendo además mantener un equipo de mínimos imprescindibles para autopsias de alto riesgo o con carácter ambulatorio.

Interrogantes planteadas al perito

Para entender la metodología que se sigue en la investigación de la escena de la muerte, es imperante definir las principales operaciones tanatológicas. Ellas son: la investigación de la escena de la muerte o levantamiento del cadáver y el diagnóstico de la muerte, que comprende el examen externo e interno del cadáver, así como del lugar.

1. Levantamiento del cadáver

El levantamiento de los cadáveres es la primera operación medicolegal que realiza el legista. Al decir del maestro español, Víctor Balthazard que «un buen levantamiento asegura las 3/4 partes de la autopsia. Este hallazgo representa un hecho judicial en el que trabajarán fiscales, médicos y policías.

El suceso de levantamiento de los cadáveres es, en realidad, una investigación de la escena de la muerte. El médico forense debe ser meticuloso y buscar de forma ordenada los signos en el cuerpo y en sus alrededores.

Debe tenerse en cuenta en un levantamiento los siguientes objetivos:

- Confirmar o descartar la muerte
- Establecer la data de la muerte
- Determinar la manera jurídica de la muerte

El Código Procesal Penal añade una circunstancia muy especial en el tema de los levantamientos, al establecer lo siguiente:[35]

«Art. 174, sobre Levantamiento e identificación de cadáveres, para los caos de urgencia, se establece lo siguiente: En caso de muerte, cuando existan indicios de la comisión de un hecho punible, antes de procederse al traslado e inhumación del occiso, los funcionarios y agentes de la policía realizan la inspección corporal preliminar, la descripción de la situación o posición del cuerpo y de la naturaleza de las lesiones o heridas, además de las diligencias ordenadas por el Ministerio Público.

La identificación del occiso puede realizarse por cualquier medio posible. En caso de urgencia y en ausencia del ministerio público, la policía, luego de realizadas las operaciones correspondientes, *dispone el traslado del cadáver al laboratorio médico forense para practicar la autopsia, efectuar su identificación y entregarlo a sus familiares».*

35. Resolución No. 13914 de la Procuraduría General de la República Dominicana dirigida a los Magistrados Procuradores de Cortes de Apelación, Procuradores Fiscales, sobre los Criterios para Manejo y Envío de Cadáveres al INPF y Actuación de los Médicos Legistas. Santo Domingo, República Dominicana. 07 de Octubre, 2004.

EXPERTICIAS MEDICOLEGALES REALIZADAS POR EL INSTITUTO NACIONAL DE PATOLOGÍA FORENSE, EN EL DISTRITO NACIONAL. 20005-2007

(2005) TOTAL DE EXPERTICIAS: 1,646 casos
(2006) TOTAL DE EXPERTICIAS: 1,578 casos,
(2007) TOTAL DE EXPERTICIAS: 1,576 casos,

POR NACIONALIDAD, SEXO Y CASOS DETERMINADOS

(2005)
Dominicanos : 1,205
Extranjeros : 301
Masculinos: 1,379
Femeninos: 232
Indeterminados: 08
Desconocidos: 113

Según la manera jurídica de la muerte:
Homicidios: 934
Suicidios: 74
Accidentes: 164
Natural:372
Inde terminada: 08
TOTAL: 1,619

(2006)
Dominicanos : 1, 205
Extranjeros : 301
Masculinos: 1,379
Femeninos: 232
Indeterminados: 08
Desconocidos: 113

(2006)
Dominicanos : 205
Extranjeros : 301
Masculinos: 1,317
Femeninos: 259
Determinados:
Desconocidos: 1

(2007)
Dominicanos: 205
Extranjeros: 301
Masculinos: 1,317
Femeninos: 263
Determinados:
Desconocidos: 99

PORCENTAJES DE AUTOPSIAS REALIZADAS POR INPF, EN LOS MESES DE ENERO, FEBRERO, MARZO Y ABRIL DEL AÑO 2008

ENERO: 151
FEBRERO: 166
MARZO: 148
ABRIL: 123

SEGUN EL TIPO DE MUERTE MEDICOLEGAL

CATEGORIA	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL
Homicidio	84	97	77	64
Suicidio	10	06	16	05
Accidente	14	18	08	19
Natural	41	43	45	34
Indeterminada	-	02	02	-

Y posteriormente, en la Resolución Nº: 13914, dirigida a los Magistrados Procuradores de Cortes de Apelación, Procuradores Fiscales, explica el procedimiento y los criterios para el Manejo y Envío de Cadáveres al INPF, así como la actuación de los Médicos Legistas. En ese sentido se indica:

1) «Por medio de la presente le informamos que en los casos de víctimas mortales de modo violento, tales como accidentes de tránsito, heridas por arma blanca, heridas por arma de fuego con orificio de entrada y salida en las cuales el historial de circunstancias se haya esclarecido, los médicos legistas de la jurisdicción correspondiente harán los levantamientos, descripciones externas, diagnósticos en el lugar del hecho y certificado de defunción, copia de la cual entregará al familiar cercano, procediéndose luego al traslado del cadáver a la morgue de la institución de salud u hospital más cercana para entrega posterior a los familiares, por parte de dicha institución. Un original del levantamiento del cadáver y descripción del hecho será remitido de inmediato al Ministerio Público apoderado del caso. Salvo en los casos de accidentes de tránsito, en todos los demás se hace necesario la presencia del Ministerio Público y el oficial de la Policía Judicial»;

2) «En los casos de muertes naturales, los médicos legistas harán los levantamientos siempre que sean requeridos por los familiares o cualquier persona ante una duda o situación extraña. Se emitirá el correspondiente certificado de defunción para fines de enterramiento. Para eso no será necesaria la presencia del Ministerio Público y los oficiales de la Policía Judicial, salvo lo que requiera el médico legista como consecuencia de la situación encontrada»;

3) «En los casos de muertes repentinas naturales en lugares públicos y cuyo historial de circunstancias se haya esclarecido. El médico legista levantará el cadáver, emitirá acta de defunción y lo trasladará a la morgue hospitalaria más cercana para fines de entrega inmediata a familiares. En estos casos tampoco será necesaria la presencia del Ministerio Público y la Policía Judicial»;

4) «En los casos de cadáveres en estado de descomposición el médico legista procederá a la identificación del o la occisa, realizará la investigación de la causa y la manera de muerte, procediéndose luego a emitir el certificado de defunción seguido del enterramiento. En caso de ser necesario autopsia, el equipo del Instituto Nacional de Patología Forense se trasladará inmediatamente al lugar y realizará la experticia correspondiente»;

5) «En los casos de muerte por proyectil de arma de fuego sin orificio de salida o de otro tipo de muerte cuya causa y manera de muerte no puedan científicamente realizarse en el lugar del levantamiento se procederá a trasladar el cadáver al Instituto Nacional de Patología Forense, o al Instituto Regional para fines de realizarle la autopsia judicial»; y,

6) «No obstante, en todo caso que el Ministerio Público o autoridad judicial competente entiendan o sospechen de la intervención criminal en la muerte de una persona deberán proceder a la realización de la autopsia correspondiente».

2. Certificación de la muerte

El certificado medicolegal en casos de muerte violenta es patrimonio exclusivo del médico legista. Surge después de los hallazgos de la investigación de la escena de la muerte y sirve para preparar la autopsia.

3. Realización de la autopsia

Los objetivos de la autopsia son los mismos que en las anteriores operaciones medicolegales. Estos fines ya han sido enumerados. No obstante, para realizar la necropsia se requiere la orden judicial del juez instructor; posteriormente, el forense debe buscar en esta operación central, las informaciones sobre las principales circunstancias de la muerte.

La autopsia propiamente dicha tiene dos partes: a) examen externo, que incluye los elementos de identificación (sexo, raza, edad, talla), elementos de tiempo del fallecimiento (grado de enfriamiento, rigidez, livideces, etc.), signos de enfermedad (anemia, cianosis, ictericia, equimosis, edemas) y signos de trauma (contusiones, heridas postmortales o asfixias mecánicas). Y el examen interno, que comprende propiamente la cirugía en las partes principales del cuerpo: la cabeza y el cuello, el tórax y el abdómen, el examen de los genitales.

Se comprende mejor la autopsia a través de su propio protocolo.

4. Certificación de la defunción

La inhumación de cadáveres tiene lugar sin que se realice la autopsia; pero en todo caso ha de constar con las especificaciones sobre la causa de muerte. Sirve como un permiso de enterramiento.

III. Nueva tanatología: Ciencia, arte y método.

Ciencia: La suicidiología

Los estudios medicolegales del suicidio son verdaderamente interesantes, y ello se ha debido a la constelación de ciencias que lo ha hecho posible. La medicina legal es una de ellas. Es imprescindible el reconocer la relación entre el suicida y el delincuente, aunque aún más necesario sea reconocer que al estudiar este fenómeno se admita que el mismo no tiene un único mecanismo, pues, las interpretaciones que correspondientes al suicidio se hacen, bien pueden resultar en realidades que se llaman homicidios o accidentes, o actos suicidas, o amenazas subjetivas de suicidio, o abiertamente chantajes suicidas, porque las informaciones que posteriormente se obtienen son muy diversas.

La *suicidología*, rama de la Tanatología, es una ciencia nueva de mucho interés y de mucho campo que amerita un estudio especial en relación a los grandes asuntos medicolegales. Primero al definir el suicidio, luego en las formas básicas que éste adopta y, en tercer lugar, al estudiar las principales etiologías que ha puesto en evidencia la medicina legal, en particular.

Concepto de suicidio

En principio, el suicidio es la muerte que sobreviene tras una conducta autodestructiva auténtica o de autoeliminación; es necesaria la especificación, dado que existen actitudes autodestructivas que no tienen motivaciones suicidas, y no son, por lo tanto, suicidio consumado. No estudiamos aquí la conducta suicida, sino el acto mismo, como una forma de muerte violenta, de gran valor medicolegal.

En ese sentido, debemos valorar el aporte de Émile Durkheim, cuando lo define diciendo: *«se llama suicidio, a toda muerte que resulte, mediata o inmediatamente, de un acto, positivo o negativo, realizado por la víctima misma»*[36]; el profesor Karl A. Menninger, en su obra *El hombre contra sí mismo* (1952), ha popularizado la idea de que todo suicidio constituye un "homicidio de sí mimo", estableciendo que «*es una muerte en la que se combina en la misma persona el asesino y el asesinado»*; y que en todo acto suicida se necesitan, propiamente dicho, tres elementos internos: *«el elemento de muerte, el elemento de matar y el elemento de ser matado»*[37] También consideramos lo expresado por Shneidman, cuando dice: *«El término "suicidio" se define como "el acto humano de autolesionarse con la intención de acabar».*[38]

---

36. Émile Durkheim. *El Suicidio*. Citado por Gustavo Hanley, en su tesis doctoral titulada *El acto suicida*, publicación de la Oficina Nacional de Estadística (ONE), septiembre 1999. Pág. 30.

37. Karl A. Menninger. *El hombre contra sí mismo*. Traducción del inglés por F. Jiménez de Asúa, Losada, Buenos Aires, Argentina, 1952. Págs. 36-37.

38. Shneidman, E.S. *Las muertes del hombre.* Quadrangle Books, New York, 1973.

Tipos de suicidio

Dentro de la sociología propuesta por É. Durkheim se reconocen:

1. El *suicidio altruista*, en el que el individuo siente que le ha fallado a la sociedad por lo que decide suicidarse, como en el caso de los harakiri;

2. El *suicidio egoísta* en donde al no tener relaciones afectivas siente que su muerte no será tomada en cuenta por nadie; y

3. El *suicidio anómico*, uno de los más frecuentes en esta época, y donde el individuo se siente seguro en sus relaciones pero un día todo es inseguro e incierto por lo que sufre de frustración y así puede llegar a cometer el acto.

Dentro del plano psicológico los factores serían conductas esquizofrénicas, paranoides, demencias, y conductas dependientes e imitativas las que se convertirían en suicidios.

Hasta hace unas décadas, el tipo de suicidio más común en la República Dominicana era el ahorcamiento, seguido de armas de fuego, que empezaban a proliferar en los miembros de comunidad motivado por la criminodinámica de los últimos años. Ahora es al revés, es decir, los suicidios entre los varones son más frecuentes con el uso de armas de fuego, las cuales se han convertido en un culto para los ciudadanos. La mayoría de los suicidios consumados ocurren en el sexo masculino por los métodos que usan, ya que son más agresivos, mientras que las mujeres lo intentan con medicamentos, por lo que hay mayores posibilidades de salvarlas. Existen modalidades como la de prenderse fuego, debido a factores económicos.

Etiología de los suicidios

La base para una etiología medicolegal de los suicidios depende de que aceptemos que el acto suicida comprende un conjunto de acciones situadas necesariamente entre la voluntad y la intencionalidad, entre la imputabilidad y la culpabilidad del agente.

En ese sentido, es que se habla de modalidades del suicidio, que son de gran valor para el médico forense. Entre estas categorías debemos citar:

1) *El consumado o suicidio:* Ha realizado ya el acto autodestructivo, tendiendo en cuenta conciencia del hecho.

2) *El suicidio no consumado:* El sujeto posee la conciencia real de lo que intenta hacer, y es detenido por la responsabilidad que implica la tentativa de la comisión del acto suicida.

3) *El chantaje suicida:* no es una acción suicida real, sino donde se utiliza el símbolo del suicidio para conseguir uno o más fines.

4) *Amenaza real de suicidio:* Esta forma de presión sobre los demás está determinada por la imprecisión o la confusión, o la indecisión, y la conciencia cambiante del sujeto que lo emplea como una forma de autoagresión.

5) *Acción suicida frustrada:* Es cuando el sujeto ha recurrido al suicidio, y sin que él despliegue acción alguna, le salvan la vida.

6) *Pseudosuicidio:* Se admite cuando el sujeto hace uso accidental de medios suicidas, o cuando de forma deliberada el sujeto sabe que no va a morir, utiliza fórmulas suicidas, dando a conocer el hecho en forma directa o indirecta.

7) *Intención auténtica de suicidio:* En este caso se comunica la intención suicida, aunque no se desarrolla la acción antisuicida.

8) *Acto suicida con ejecución indirecta:* Se produce cuando un sujeto con una intención suicida, provoca o logra que otro lo elimine.

9) *Ideación suicida:* Es la idea de suicidarse en momentos en que surge una situación o ruptura trágica. La ideación suicida es elaborada por el sujeto en relación al acto suicida.

Arte: La autopsia psicológica

El término *suicidio* definido por Shneidman como «el acto humano de autolesionarse con la intención de acabar», abarca una infinidad de estados motivacionales concientes e inconcientes.

Surge, pues, la pregunta: ¿Qué es la autopsia psicológica?, ¿ha ocurrido un suicidio o un homicidio? La autopsia psicológica *«es la caracterización retrospectiva de la personalidad y la vida de una persona ya fallecida, utilizando por supuesto un método indirecto o diferencial, se trata de obtener información del occiso a través de terceras personas que en vida lo conocieron íntimamente»*.[39]

La autopsia psicológica para suicidas es una técnica pericial que ve la luz en los años sesenta en Los Ángeles, California, y representa una salida a una necesidad administrativa de definir la etiología medicolegal de muertes dudosas, donde no había suficientes elementos para afirmar si se trataba de un suicidio, un homicidio o un accidente.

39. Teresita García Pérez. Autora cubana (1997).

Se dio a conocer con el nombre de MAP-I (modelo de autopsia psicológica para suicidas), y es completamente estructurado y sistematizado, de forma tal que se disminuye al mínimo el margen de sesgo, pues todos los exploradores tienen que realizar la exploración de la misma manera, guiándose por un instructivo adjunto al MAP-I con posibilidad de respuesta cerrada, precisamente para evitar la inclusión de elementos subjetivos en la valoración de cada caso y además para hacerlo verificable por terceras personas y así garantizar su valor como prueba pericial.

En ese instructivo se concentran las acciones del suicida, entre lo que se destaca: verbalizaciones suicidas (comentarios pesimistas acerca del futuro, la desesperanza y la expresión de sentimientos de soledad, inutilidad, incapacidad o incompetencia) y los estados motivacionales concientes e inconcientes.

La autopsia psicológica es la caracterización retrospectiva de la personalidad y la vida de una persona ya fallecida utilizando por supuesto un método indirecto e inferencial, se trata de obtener información del occiso a través de terceras personas que en vida lo conocieron íntimamente: familiares, convivientes, colegas, vecinos, compañeros de trabajo o de religión. También forma parte del método la revisión de documentos personales (notas, diarios, cartas, producción literaria) y oficiales (historias clínicas, expediente escolar, laboral o militar) del suicida.

Muertes de pacientes con enfermedades terminales

Lo más característico de las enfermedades terminales es que nunca se produce la recuperación del paciente y la muerte es inevitable. Antes de morir la gran mayoría de estos pacientes –unos días antes– entran en coma. La última semana dura una eternidad. Se pierden los objetivos de la terapia, y como si el tiempo de la muerte hubiera llegado, la enfermedad adquiere velocidad hacia el final.

La muerte del paciente terminal, con su terrible experiencia aprisionada, es inminente y gradual, con una escala de variedades de

emociones, así como de angustia, consciente o inconsciente, miedo por la muerte. Sin embargo, es importante saber que al menos existe una fase en la que se diagnostica la enfermedad y otra muy crítica, en la que se produce el desenlace y se llega a un desequilibrio de la balanza en que *«es preferible estar muerto al dolor de seguir viviendo».*

Los diversos estudios que se conocen sobre enfermos mortales y terminales pertenecen a la psicología científica más que a la medicina legal. Estos analizan lo que les ocurre a estos pacientes, nos ofrecen un diagnóstico del abordaje que hace la sociedad a través del conocimiento científico de la forma de como ocurre la muerte y las propuestas para que ésta se produzca con dignidad.

Fue así como estos estudios de la muerte y del morirse formaron el movimiento conocido como *"morir con dignidad*", que se ha convertido en el objeto de análisis de la *nueva tanatología* moderna.

Gran parte de las investigaciones sobre el proceso de la muerte se relaciona con personas de todas las edades, pero son especialmente propias de los ancianos, dado que estos se encuentran en esta etapa de la vida.

En los años 60, se produjo un intento de humanizar la muerte con la *teoría de las fases de la muerte*, de la doctora Elizabeth Klüber-Ross, según la cual *«las personas pasan por fases diferentes para enfrentarse con el hecho de ser enfermos terminales».* Y la muerte descifrada como algo positivo. A ese respecto escribe: *«La muerte no es más que la salida del cuerpo, a saber, en la misma forma que una mariposa sale de su capullo».*[40]

40. Elizabeth Klüber-Ross. *Todo final es un principio luminoso.* Editorial SIRPUS. Colección Hoja de Té. Pamplona, Navarra. 2001.

Su trabajo de psiquiatra en un hospital general le reveló que el personal médico no atendía las necesidades emocionales de los enfermos terminales. Como parte de un seminario entrevistó a pacientes que se estaban muriendo. Su descubrimiento titulado *On Death and the Dying* (Sobre la muerte y morirse) fue publicado en 1969, y especifica que existen cinco fases en su aceptación de la muerte inminente: la negación, el enojo, la negociación, la depresión y la aceptación. Estas fases no constituyen un plan para una muerte "correcta", ya que muchos enfermos no reaccionan rígidamente ante un modelo o ante un stress de la vida. La idea de presentar en fases el proceso de la enfermedad terminal sólo tiene como finalidad clasificar los sentimientos de los moribundos y los signos previsibles en cada fase.

Así en la fase de negación, el diagnóstico es considerado por el paciente como un error, o es necesario acompañarlo de la búsqueda de pruebas contradictorias, de visitas a otros especialistas; cuando los esfuerzos de la negación fracasan, ésta da paso al enojo, y el paciente maldice, arremete y en ocasiones culpa a sus médicos por ser despreocupados, insensibles, a sus seres queridos por razones similares. En esta fase de enojo pueden existir indicios de negociación, cuando la persona promete portarse bien, o ser buena, llegar a un acuerdo con Dios, siempre buscando la forma de posponer la muerte. Así continúa la fase de la depresión, caracterizando al individuo en un virtual desamparo y paulatinamente los siguientes momentos dan paso a la fase de aceptación, en la que ya debilitado por la enfermedad, no se ve afligido, ni enfadado ni deprimido.

La expresión que emite el enfermo: *"me estoy muriendo"* no es absoluta. Las personas pueden pasar de la negación a la conciencia de la enfermedad en forma simultánea; pueden saberlo o no saberlo y finalmente las personas tienen modos característicos de enfrentarse a la gravedad de la muerte. Algunas tratan de dar sentido a su enfermedad ayudando a otros y sacando provecho del poco tiempo que les queda, otros se incapacitan por la depresión y la angustia le inmoviliza. En uno y otro caso lo que se busca es prolongar el tiempo que le queda a la persona.

Aunque al afrontar la muerte no se produzca el efecto en la duración de la vida, domina el deseo de que la muerte tenga el máximo sentido y esté libre de angustia, tanto como sea posible.

Surge, entonces, el concepto de *muerte apropiada*, o muerte buena. Avery Weisman define la muerte apropiada, diciendo: *«Cuando el proceso de morirse es tan bueno o correcto psicológicamente como sea posible»*.[41]

Poder proporcionar una muerte apropiada se hace imperiosa cuando nos percatamos de que la persona que pasa por su *último trance* tiene conciencia o está segura del tiempo que le queda es de unas semanas o meses.

A diferencias de las fases ya señaladas por la doctora Klüber-Ross, podemos hacer un nuevo planteamiento de la asistencia basado en tareas adecuadas. Este método propuesto por Charles Corr (1991-1992) se refiere a lo que se espera cuando se padece una enfermedad terminar. Citamos:

1) Se requiere reducir al mínimo las dificultades físicas, evitar al máximo el dolor debilitador.

2) Se quiere potenciar al máximo la seguridad psicológica, reducir el miedo y la angustia, y sentir que se controla el proceso de morirse.

3) Se requiere mejorar las relaciones sociales significativas, estar lo más cerca posible de las personas que más importan.

4) Se requiere favorecer la espiritualidad y sentir que la vida fue íntegra y con unos objetivos.

Para lograr esos objetivos se piensa en cuales deben ser los cuidadores y el papel esencial que puede desempeñar. Es sabido que las enfermeras, con su trabajo de asistir más que de curar tienden a sentirse mejor con enfermos moribundos, en cambio los médicos tienden a rehuir del moribundo. He aquí dos de los muchos criterios, que vinculan a los médicos y a las enfermeras de como tratar a los pacientes terminales.

41. Elizabeth Klüber-Ross. Ibídem, *Op. Cit.*

1. Evitar el dolor emocional de los pacientes de cuya intervención del médico no evitará la muerte;

2. Tratar a los pacientes moribundos de acuerdo a los criterios de la medicina geriátrica, que cuentan con una buena formación para tratar los aspectos emocionales de los envejecientes;

Las emociones de los médicos, sobre todo de los novicios, que ven la muerte como un desastre, y las enfermeras como una liberación o en términos de paz, plantean un problema en torno a la perspectiva de la muerte, sea esta negativa o positiva.

Una investigación en la que se analizó la muerte entre médicos de diferentes edades y diversos años de práctica, descubrieron que, sin importancia de la especialidad, los médicos más jóvenes y con menos experiencia eran quienes más le aterrorizaba la idea de tener que encontrarse con la muerte (A. C. Kane y Hogan, 1985).

Finalmente algunas reflexiones acerca de los moribundos por la Madre Teresa de Calcuta, nacida en la ciudad de Skopje, Albania, fundadora de la Orden Misioneras de la Caridad y Premio Nóbel de la Paz, en 1979.

«Los moribundos son los más pobres entre los pobres.
La suciedad y la pobreza asombran en una sociedad.
Hay que cuidar a los moribundos. Hay millones
y millones de personas en el mundo
sin medicamentos que soportan este sufrimiento.
Cuando recogemos un hombre hambriento
y le damos pan está bien, pero cuando
encontramos a un hombre solo,
esta es una pobreza muy grande.
Hay gente abandonada, descuidada, pero si
olvidamos a una persona envejecida,
ésta es la peor pobreza
de los países ricos».

Santa Madre de los Barrios Pobres.
Conferencia en Harvard,
en sus 300 años de aniversario.

Toda esta información sobre los pacientes con enfermedades terminales está fundamentada en reportes médicos y el procedimiento casi en su totalidad está destinado para adultos que no quieren vivir con dolores insoportables y sin perspectivas de cura. Pero, ¿qué decir, si el asunto involucra a niños?

El tema de la vida y la muerte volvió en Holanda a ser noticia en el año 2005, al publicarse un estudio en la revista *Dutch Journal of Medicine* que indica que 22 bebés recién nacidos con enfermedades terminales murieron desde 1997 por los efectos de la eutanasia.

Por tal razón, la principal asociación de médicos holandeses ha propuesto al gobierno que cree una Junta independiente que examine la eutanasia para personas que padecen enfermedades terminales sin capacidad de decidir libremente su destino, incluyendo niños y pacientes en estado de coma irreversible, entre otros tipos de enfermos terminales

Y en el 2008, en Roma, se ha celebrado el *Congreso Internacional de la Academia para la Vida*, que este año se ha destinado a investigar los aprietos relacionados con el término de la existencia y la dolencia terminal.

La capacidad de decidir del paciente y su total responsabilidad: *"lo que él decida es lo que debe hacerse"*. La facultativa recalcó que es cierto que "la responsabilidad última hacia la salud y la vida propia la tiene uno mismo, pero para poder tomar una decisión responsable se necesita información.

Por lo tanto, "para que el paciente pueda ejercer bien esta responsabilidad necesita que el equipo sanitario le brinde una información comprensible, completa y adecuada". También aportó sugestivas consideraciones referidas al contexto social que ha de ceñir al doliente en las fases terminales del padecimiento: *«Cuando uno sufre se ven afectadas todas las dimensiones y se experimenta una cierta soledad, pero cuando una persona se aproxima al final de su vida esto se multiplica, porque a los sufrimientos físicos se suma el dolor trascendental por aproximarse al fin de la vida y*

no saber qué viene después, cómo será este fin, si habrá dolor, si se estará acompañado o solo».[42]

Es muy valioso dar hálito a estos dolientes terminales ya que es posible que estén desolados, relegados o padezcan alguna penuria física o craneal es; por lo tanto, imperiosa una apropiada deferencia profiláctica fraternal y .solidaria.

También se debe subrayar el desamparo en el que vegetan los dolientes terminales en la cultura del bienestar en la que convivimos y que, por el plano inclinado, es una secuela peligrosa que conduce al individualismo a cerrarse en el propio mundo y a evadirse de la obligación de ayudar a quién lo precise.

IV. Método: La Eutanasia. Breve historia

Al igual que las enfermedades terminales caracterizadas porque la muerte es incurable, en la eutanasia la muerte se nos presenta sin la posibilidad de control. De acuerdo a esta perspectiva, tanto para una y otra, se constituye en esa posibilidad de regulación que la defunción no llegue cuando ella quiera, sino cuando el hombre la desee. Este es el fundamento de lo que vamos a tratar en ese apartado.

En el primer punto, hagamos un poco de historia sobre el origen y evolución de la eutanasia; en segundo lugar, la clasificación y las variables que comprende; en tercer lugar, los aspectos religiosos y, finalmente, en último lugar, los problemas legales relacionados con la eutanasia, así como la legislación comparada.

La palabra *eutanasia* no se usaba para designar la acción de "ayudar a morir", sino que equivalía al *felici vel honesta morte mori*, término utilizado en la antigüedad Greco-Romana que traducido al castellano es igual que decir "morir con una muerte feliz y honesta". El concepto hoy día es equivalente de muerte legalmente *«asistida»*, y de muerte *«piadosa»*.

42. Uno de las personalidades convocadas al evento fue Paulina Taboada, catedrática de la Universidad de Chile.

Si bien desde Grecia antigua, el conocimiento acerca de la eutanasia, con figuras como Platón, en su obra *La República*, quien describió su estado ideal, afirmando que *"se debe dejar morir a los que no son sanos corporalmente"*; en el juramento hipocrático, Hipócrates, afirmó .que *"no se dará medicamento mortal por más que se lo soliciten"*. En este juramento hipocrático, la santidad de la persona y el verdadero bienestar del paciente es central, nadie puede asignar el valor al paciente porque el tiene valor inherente.

Sin embargo, se podría violar fácilmente esta ética ya que los médicos, no tienen sólo el poder para curar sino también para matar. Pero esa era la razón del juramento, no matar e incluso negarse a la propia demanda de un paciente.

Desde los tiempos remotos, cuando el hombre tuvo que luchar intensamente contra un medio hostil, su preocupación mayor fue la alimentación junto con la seguridad individual y el descanso. Los grupos humanos permanecían temporalmente en los lugares que les ofrecían los medios para alimentarse y los inválidos e incapacitados que no podían seguirlos en este deambular eran comúnmente eliminados o abandonados a su suerte. Los aborígenes de Panamá les administraban una pócima conteniendo estricnina, sustancia que a alta dosis produce paro respiratorio, a los enfermos que consideraban incurables, ancianos y a los inválidos. En la India, los brahmanes tenían la costumbre de matar o abandonar en la selva a los niños que después de dos meses de vida presentaban lo que parecían enfermedades incurables.

En las Sagradas Escrituras, se ilustra un ejemplo, es el narrado en el *Libro de los Reyes*, capítulo 24, aquel que dice que peleaban los filisteos e israelitas contra Saúl a quien hirieron las flechas gravemente. Dijo entonces Saúl a su escudero: *«desenvaina tu espada y quítame la vida, para que no lleguen esos incircuncisos y me maten mofándose de mí»*. Mas, su escudero no quiso hacerlo sobrecogido de temor. En esto Saúl desenvainó su espada y se arrojó sobre ella. Por mucho tiempo, en los ejércitos se ha hecho costumbre rematar al soldado gravemente herido, a veces apuñalándolo con un arma denominada *misericordia*, que en extensión se agrega al arma

principal, análogamente cuando a un herido se remata con un disparo, a éste se le llama tiro de gracia.

Es el Estoicismo, el que le da un relieve singular a todo el tema de la eutanasia. Suetonio presenta la vida de Augusto como un ideal para el sabio estoico, ya que según él, Augusto tuvo la suerte de tener una muerte suave, como siempre había deseado. Los estoicos inspirados por el ejemplo de la muerte de Sócrates, el cual aceptó beber cicuta, concebían la filosofía no sólo como el arte correcto de vivir, sino también como el arte de morir bien. En estas prácticas antiguas no hay un reconocimiento absoluto del valor de la vida humana, de la cual nadie puede disponer. Para el estoicismo, existen cinco motivos por los que el sabio se separa de la vida: para salvar a la patria, a los amigos, cuando se está agobiado por dolores demasiado crueles y en casos de mutilaciones o de enfermedades incurables.

El Cristianismo rechazó de plano tanto el suicidio como la eutanasia, y esto por un triple motivo: atenta contra el amor debido así mismo, atenta contra la sociedad y atenta contra el derecho exclusivo de Dios sobre la vida del hombre.

En Esparta los niños con malformaciones eran arrojados por el Monte Taijeto. Los bretones, por su lado, aniquilaban rutinariamente a los enfermos incurables, de la misma forma en que los hindúes ahogaban en el Ganges a los desahuciados.

David Hume: Refiere que si el disponer de la vida humana fuera algo reservado exclusivamente al Todopoderoso, y fuese infringir el derecho divino el que los hombres dispusieran de sus propias vidas, tan criminal sería el que un hombre actuara para conservar la vida, como el que decidiese destruirla.

Kant: Refiere que el suicidio es malo, porque viola los deberes y el respeto para consigo mismo. Frente a la eutanasia tiene en cuenta la potencialidad de ese ser humano que se quita la vida, las posibilidades de desarrollo de sus capacidades.

En el año 1516, Tomás Moro, se refiere al procedimiento eutanásico en su obra cumbre *Utopía*. En la misma se muestra partidario de la eutanasia en casos en que el enfermo sufriera dolores

intolerables, esta privación de la vida se realizaría a través de un veneno o de la ausencia de ingestión de alimentos. Se pone en énfasis la libre elección de la muerte por parte del enfermo, aunque se requiere la sanción de las autoridades y sacerdotes para evitar los abusos que podrían seguirse.

El tema de la eutanasia se retomó de nuevo en el Renacimiento; fue Francis Bacon el que dio al término su significado actual: la aceleración de la muerte de un hombre enfermo. Este utiliza el término en 1605 para hacer referencia a aquellas medidas encaminadas a transformar el episodio de la muerte en algo menos desagradable, al apoyar física y espiritualmente al enfermo.

Pero quizás el ejemplo más dramático del ejercicio eutanásico sea la Francia renacentista. Tal como describe el más grande cirujano del siglo XVI, Ambrosio Paré. Cuenta que entró a un establo y encontró cuatro soldados muertos y tres recostados contra la pared, con sus caras completamente desfiguradas, ciegos, sordos, mudos y con ropas humeando por la pólvora que los había quemado, un soldado viejo lo abordó y le preguntó si existía alguna forma de curarlos, a lo cual respondió que era imposible, entonces el soldado viejo se aproximó a los heridos y les cortó el cuello delicadamente y sin rabia, viendo esta cruel acción Ambrosio Paré le dijo que era un hombre perverso, y el respondió que si el hubiera sido el herido cualquiera de sus compañeros le habría prestado la misma suerte rápida, en lugar de dejarlo morir lánguida y miserablemente.

El uso de la anestesia, utilizada previamente por culturas antiguas, se debe al empuje de Hill Hickman, en París, en el año 1828, Morton y Warren en el 1846, en los Estados Unidos. En 1831 se descubre el cloroformo y se utiliza en Edimburgo en el año 1847.

Los alemanes descubren el cloruro de estilo en el año 1848. En este mismo año se sugiere la utilización de la anestesia para aliviar las molestias de la agonía.

El primer tratado sobre la eutanasia fue escrito por el doctor William Mont en el siglo XIX. Precisamente a finales de este siglo cuando se utilizó el término para referirse a la acción misma de poner fin a la vida de un enfermo.

El siglo XIX se convertiría en la época en que se reanuda la polémica contra la eutanasia. Friedrich Nietzsche consideraba que había que aplicar tal práctica a los parásitos de la sociedad, a los enfermos que vegetan perezosamente. Su influjo será muy relevante en el nazismo, también influirá la obra de Carl Binding y Alfred Hoche, en la que se defiende la aplicación de la eutanasia a los enfermos incurables, a los irrecuperables y a los retrasados mentales. Ellos fueron los que difundieron el concepto de *vida sin valor.*

En el 1905, los nazis la ponen en ejercicio, cuando un tal Charles Norton vuelve a proponerla. En el año de 1939 se promulgó la ley nazi que hizo obligatoria la notificación de los niños nacidos con subnormalidad mental o minusvalías. Se calcula que una ley que pretendía la higiene racial sirvió para quitar la vida a 5,000 niños deficientes mediante inyecciones o privación de la alimentación. Más tarde se aplicó a los adultos con enfermedades mentales, para acabarlos, siendo una forma de eliminar a personas calificadas como enemigos políticos. Las cifras que se han dado de personas eutanásicas son escalofriantes, alcanzando la cantidad de 80,000 a 100,000 personas aproximadamente.

El programa original de eutanasia destinado a purificar la raza germana es una creación de ciertos médicos, no de Hitler. Este simplemente permitió el empleo de instrumentos que otros habían preparado.

La primera cámara de gas la diseñaron profesores de psiquiatría de doce importantes universidades de Alemania. Ellos seleccionaron a los pacientes y contemplaron como morían. Luego comenzaron a reducir los requisitos para los candidatos hasta que los hospitales psiquiátricos quedaron prácticamente vacíos. A estos psiquiatras se les unieron algunos pediatras, que en el año de 1939, empezaron a vaciar instituciones para niños discapacitados. Para el año de 1945, estos médicos se habían perfeccionado tanto que ya mataban a niños que mojaban la cama, a otros con orejas que no eran perfectas, y a aquellos con dificultades de aprendizaje.

En 1920 se publicó un libro titulado, *El permiso para destruir la vida indigna*, por Alfred Hoche, profesor de psiquiatría en la

Universidad de Freiburg. Defendió en su libro a los pacientes que pedían ayuda de muerte, debían ser autorizados por un médico, bajo determinadas condiciones. Debían ser autorizados por tres expertos, el derecho del paciente para retirar su demanda en cualquier momento y la protección legal de los médicos que lo ayudarían a terminar con su vida.

Alfred Hoche explicó como la ayuda a la muerte era congruente con la ética médica más alta y esencialmente una solución compasiva a un problema doloroso. Se aplicaría a pacientes en coma, con daño cerebral, en algunas condiciones psiquiátricas, y en retraso mental. Sostenía que los beneficios a la sociedad serían grandes, el dinero previamente consagrado al cuidado de vidas sin sentido se encausaría a aquellos que más lo necesitaran. Los periódicos y películas se unieron formando la opinión del público alemán. El Ministerio de Justicia describió la propuesta como lo que haría posible para los médicos acabar con las torturas de pacientes incurables, en los intereses de verdadera humanidad, los ahorros redundarían en las personas alemanas si el dinero ya no se tira con el inválido, el incurable y aquellos en el umbral de vejez. El primer caso conocido de la aplicación de esta propuesta en ese momento aceptada involucró al bebé Knauer, el padre del niño pidió del propio Adolph Hitler que a su hijo se le permitiera la muerte porque él era ciego, con atraso mental, sin un brazo y una pierna. Hitler declinó el caso a su médico personal, Karl Brandt, y en el año de 1938 la demanda se concedió.

Durante los próximos meses, se establecieron los medios prácticos por los que podrían concederse tales muertes de misericordia a otros niños que no tenían ninguna perspectiva para la vida. El hospital Egefing-Haar, bajo la dirección de Hermann Pfannmuller, dejó sin alimentos a muchos de los niños inválidos a su cuidado hasta que ellos murieran de supuestas causas naturales. Otras instituciones siguieron el ejemplo, algunos privaron a sus pacientes pequeños de calor, en lugar de la falta de comida, a los médicos que no estaban de acuerdo con lo que se les pedía, le decían que ellos no los estaban matando, sino simplemente deteniendo el tratamiento y permitiendo que la naturaleza siguiera su curso. Con el tiempo

Pfannmuller preparó *Hungerhauser* que es la inanición para el anciano. A finales de 1941, la eutanasia era simplemente rutina en los hospitales.

A finales de 1939 Hitler firmó una carta que decía: Reichleader Bouhler y el doctor Brandt se comisionaron para extender la autoridad de los médicos a fin de ser designados responsablemente para que pudieran conceder una *muerte de misericordia* a los pacientes que, según el juicio humano, están incurablemente enfermos conforme a la evaluación más crítica del estado de sus enfermedades. No se pidió que los médicos participaran, simplemente era cuestión privada entre el médico y su paciente o la familia si el paciente fuera incapaz de hablar. Brandt testifica en Nüremberg después de la guerra que el motivo era el deseo de ayudar a individuos que no podían ayudarse y podrían estar prolongando sus vidas en tormento, continúa diciendo que citar a Hipócrates hoy es proclamar que nunca debe darse veneno a los inválidos y las personas con gran dolor. Pero cualquier médico moderno que hace tan retórica esa declaración es un mentiroso o un hipócrita, ya que estaba abreviando la existencia torturada de tales criaturas infelices.

Los internistas ayudaron a vaciar los hogares para ancianos. Luego algunos médicos salieron a las calles, sacaron de sus hogares muchos ancianos, discapacitados y los mataron. Para el año 1945 estos médicos habían eliminado, incluso, a muchos veteranos de la Primera Guerra Mundial.

Pocas personas saben que los médicos que participaban en el Programa Alemán de Eutanasia lo hacían voluntariamente. Algunos abandonaron el programa sin que sufrieran represalias. Por supuesto que Hitler aprobaba todo e incluso ejercía presiones específicas, pero fueron los médicos que lo iniciaron. Hitler inspirándose en esto, después de la matanza enérgica de casi 300,000 alemanes varios considerados defectuosos, aprovechó sus cámaras de gases y procedió a la eliminación de las razas defectuosas. Así, destruyó una raza entera de gitanos, seis millones de judíos, y quizás casi todos los polacos y europeos que fueron capturados.

2. Concepto de eutanasia

Etimológicamente la palabra *eutanasia* es una voz griega compuesta por el vocablo *eu*, que significa bueno, dulce o bien, y *thanatos*, que significa, muerte, es decir, que eutanasia significa o se interpreta como *"buena muerte", "dulce morir" o "bien morir"*.

Aún cabe una significación ética, porque es frecuente que la voz *eu* indique belleza, equivaliendo entonces a la *"bella muerte"*, la de los héroes y paladines de hermosas obras como serían los casos de Pletonio en Roma o Guarón, durante la colonización de La Española.

El término en cuestión significa el hecho de provocar una muerte fácil y sin dolores a un paciente que está próximo a morir por causa de una enfermedad terminal. El mismo paciente puede inducirse la muerte sin el conocimiento ni la cooperación de otras personas. Puede también ser provocada por otros a petición del enfermo, o con su consentimiento.

Conviene disipar en lo posible la confusión que existe en torno al término eutanasia. Por el cual se entiende, en el contexto deontológico, matar sin dolor y deliberadamente, de ordinario mediante gestos de apariencia médica, a pacientes que se dicen víctimas de sufrimientos insoportables o de incapacidades extremas, para liberarles a ellos de su penosa situación y, a la sociedad, de una carga inútil. Esta definición destaca los rasgos generales de matar premeditadamente, por razones y medios médicos de la eutanasia y hace irrelevante la distinción entre la forma activa de eutanasia, la provocada mediante la aplicación de un tratamiento letal, indoloro y la omisión, la causa por la omisión o suspensión deliberada de un cuidado necesario y eficaz, para la curación o la supervivencia.

Por la corriente evolutiva conceptual del vocablo eutanasia, y para la fijación de los límites de la lección presente, hay que distinguir entre técnica eutanásica y eutanasia. La eutanasia propiamente dicha es el supuesto derecho a matar, anticipándose a la llegada de la muerte, para suprimir, sin dolor, los sufrimientos de

quien se halla afectado por enfermedad o lesión incurables. La técnica eutanásica no es más que la técnica de la muerte sin dolor, con independencia de que la persona a la que se aplica se halle o no aquejada por dolores insufribles.

En la *eutanasia* prima la intención de suprimir el sufrimiento por muerte indolora; y en la *técnica eutanásica* el método es por vía indolora producir la muerte. Esta distinción es fundamental, al objeto de poner cada cosa en su sitio y disipar la niebla que impide la precisión necesaria en un asunto tan decisivo.

En el año 1623, Bacon plantea que la *eutanasia* es el medio para escapar de las angustias de los últimos momentos de la vida y que la persona pueda morir con calma, sin dolor y con tranquilidad, de una manera digna. La doctrina más reciente ofrece multiplicidad de significados, todos coincidentes en la dulcificación del tránsito letal pero con dimensiones morales y jurídicas diferentes. Hay una acepción primaria, de mera dinámica formal, que es la de ayudar a morir, terminología ésta equiparable con la cooperación al suicidio.

A seguida, es necesario plantear que estos dos conceptos no tienen el mismo significado, coinciden únicamente en el elemento material por parte de la víctima, pero difiere o puede diferir en el elemento casual de la evitación de un dolor porque la muerte de un suicida puede ser acompañada, y lo es frecuentemente, de penosos sufrimientos, salvo sea en el asistido en cuyo caso el agente pasivo padece de enfermedad terminal. El suicidio puede revestir modalidades que no los presenta la eutanasia como es el suicidio por amor, entre otros.

La *eutanasia* es propiamente la acción, comisión, u omisión de hacer o accionar algo, generalmente producido por un médico tendente a causar la muerte a un enfermo terminal, con el fin de eliminar cualquier dolor o sufrimiento, contando con el consentimiento de dicho enfermo o de sus asistidos, es cooperar positivamente con cualquiera que pretenda su propia muerte o lograr su propósito.

Es decir, se diferencian ambos procedimientos en cuanto a la intención del sujeto activo y la situación del sujeto pasivo. Aunque

lo común es que en el suicidio asistido, el médico suministre ayuda de muerte a un enfermo terminal.

Hagamos un alto y puntualicemos el concepto de suicidio puro y simple, éste es, la extinción de la vida autoprovocada; aunque no necesariamente en presencia de muerte inminente, porque la vida de él ha perdido la razón de ser o se ha hecho dolorosamente desesperante, a consideración del propio sujeto pasivo. La persona que atenta contra su vida está atravesando por una alteración del comportamiento, casi siempre depresiva y por lo regular de buen pronóstico a la terapia. En la declaración *Tura et Bona* sobre la eutanasia de fecha 5 mayo de 1980, Juan Pablo II refiere que hoy día el término se basa en la intervención de la medicina encaminada a atenuar los dolores de la enfermedad y de la agonía, con el propósito de causar la muerte. Este es usado en sentido más estricto, con el significado de causar la muerte por piedad, con el fin de aliviar los últimos sufrimientos que padecen el paciente y los familiares. Finalmente, en el documento se expone un concepto de eutanasia por la acción u omisión que por naturaleza, o en la interacción de causar la muerte con el fin de eliminar cualquier dolor.

Independientemente a los significados etimológicos de *euthanatos*, las definiciones son variables. Para el autor Eduardo López Azpiarte, la eutanasia en su sentido estricto sería *«la provocación directa y deliberada de la muerte del enfermo por piedad para acabar con una vida inútil; por tratarse de un anciano o persona anormal».*

En el manual de *Bioética general*, Aquilino Polaino ofrece la siguiente definición de eutanasia: *«muerte indolora infligida a una persona humana, consciente o no, que sufre a causa de enfermedades graves, incurables o por su condición de disminuido, sean estas dolencias congénitas o adquiridas, llevada a cabo de manera liberada por el personal sanitario o la acción de cualquier persona con la ayuda del médico mediante fármacos o con la supresión de curas vitales ordinarias, porque se considera irracional que prosiga una vida, que en tales condiciones se valora como ya no digna de ser vivida».*

Mientras que M. Vidal[43] plantea un concepto que incluye la *eutanasia agónica* según se trate de un enfermo terminal y de eutanasia social o eugenésica. Dentro de esta última se incluye a los niños subnormales, a los enfermos mentales y a los pacientes incurables. Para los nazis, los judíos eran pasibles de eutanasia por ser considerados parásitos y seres inferiores.

Jorge Ferrer, define la eutanasia por los medios empleados dividiéndola en eutanasia activa o positiva, entendida como *«acción deliberada a dar muerte y eutanasia pasiva o negativa asimilando la causa de la muerte a la omisión de los medios ordinarios necesarios para mantener la vida, por ejemplo la hidratación».*[44]

La Asociación Médica Mundial, en la ciudad de Madrid en octubre de 1987, definió la eutanasia como el *«acto deliberado por el cual el médico provee fin a la vida de un paciente ya sea por su propio requerimiento, o a petición de los familiares»* [45]

Por su parte, en República Dominicana, el psiquiatra Nelson Moreno Ceballos la define como la «*acción de facilitar o provocar la muerte tranquila, dulce, fácil e indolora por motivo de piedad, a otra persona, quien la ha solicitado reiterada o voluntariamente».*[46] En esta definición, su autor la matiza ofreciendo 12 tipos diferentes de eutanasia, entre las que se especifican los conceptos de: Eutanasia activa, activa indirecta, asistida, externa, involuntaria, legal, lenitiva, médica, pasiva, *strictus sensus*, psicoterapéutica y eutanasia voluntaria.

---

43. Susana M. Vidal. *Bioética. Estudios de bioética racional.* Editorial Tecnos, Madrid, 1989.

44. Jorge José Ferrer. *Fundamentos de bioética.* Año.

45. Asociación Médica Mundial. Año.

46. Cfs. Moreno-Ceballos, Nelson. *Nomenclatura en Suicidología Clínica.* Editorial APAL, Perú. Edición de Presentación, República Dominicana, 2000.

Gregorio del Vechio, idealiza la eutanasia y la considera *una actitud inspirada en la piedad de los hombres por los moribundos*[47]. El hombre de hoy dice el jurista italiano, huye del dolor como ciertamente huiría del dolor el hombre de ayer.

Conmovidos en lo profundo de su ser por la desgracia, algunos infligen a otros lo que se considera la muerte benéfica, la muerte buena, la muerte piadosa, como suelen llamar a esa forma de asistir al prójimo en momentos de sufrimiento y dolor.

Del campo médico sociológico nos llegan otras definiciones todavía más precisas, el doctor Dérobert citando a Littré (1842) afirma que por eutanasia puede entenderse *«la muerte dulce y sin sufrimiento que se da a los enfermos incurables, cuya evolución de la enfermedad es fatal y que están torturados por dolores físicos intolerables y persistentes que los medios terapéuticos no pueden atenuar»*.[48]

Otra definición bien aceptada es la del español Gonzalo Higuera, quien entiende por eutanasia *la práctica que procura la muerte, o mejor, abrevia una vida para evitar grandes dolores y molestias al paciente, a petición del mismo, de sus familiares o, sencillamente, por iniciativa de tercera persona que presencia, conoce e interviene en el caso concreto del moribundo.*

Para distinguir a la eutanasia del simple homicidio o del asesinato, suele exigirse que el hecho de quitar la vida a otra persona tenga como finalidad la de poner término a sus sufrimientos y dolores o evitarle una vida indigna, procurándole una muerte pacífica y sin padecimientos. Esta matización no es en absoluto clara como luego veremos, por lo que es preciso hacer hincapié en una serie de distinciones importantes. Una de esas distinciones es aquella que nos señala los elementos o condiciones que deben cumplirse para poder hablar de eutanasia en sentido estricto:

---

47. Gregorio del Vechio.

48. Émile Littré. *Obras Completas del Gran Hipócrates*. 1842.

1. Debe tratarse de un paciente en estado agónico, de un moribundo. Si se tratara de un paciente crónicamente enfermo, pero a punto de morir, se podría hablar sólo de eutanasia en sentido amplio. La edad del paciente no aparece como un elemento de gran relevancia, aunque no se puede juzgar de modo igual la eutanasia de un niño con inusitados recursos y todo un futuro por delante, que la de un anciano naturalmente próximo a la muerte.

2. Otro aspecto básico lo constituye el motivo de misericordia, piedad o compasión ante los terribles dolores, y sus sufrimientos psíquicos graves no parecen relevantes. El motivo principal, de piedad, podría ir acompañado por otros motivos nobles y humanitarios, como la precaria situación económica de la familia del paciente. Otros motivos menos nobles como el orgullo o el motivo eugenésico anularían los atenuantes morales y jurídicos que generalmente acompaña a los casos de eutanasia.

3. Es importante también para que se dé la eutanasia en sentido estricto, la intención del agente de procurar abreviar la vida directamente. Para la discusión del tema va a ser significativo que el agente sea médico o el personal sanitario, el propio paciente, un paciente o un tercero, y aunque substancialmente la diferencia no resulte relevante para la eutanasia en sí, las repercusiones morales y jurídicas pueden ser importantes.

3. Tipos de eutanasia

Otra característica no menos importante es que se tome en consideración la voluntad de la persona que muere como distinción de tres tipos de eutanasia:

A. *La eutanasia voluntaria* que es aquella en la que una persona pone fin a su vida, bien sea directamente o rechazando el tratamiento. Pero también se consideran incluidos en la eutanasia voluntaria aquellos casos en los que las personas afectadas convencen a algún familiar, médico o amigo para que se la practique, o llegada la situación de inconsciencia, no permita el uso de sistemas auxiliares de apoyo.

B. *La eutanasia no voluntaria*, que también podemos llamar *avoluntaria*, en el sentido de que el sujeto no tiene posibilidad de expresar su voluntad. La decisión de la muerte no se toma, entonces, por parte de la persona afectada, sino por otra distinta, sin que se le haya solicitado previamente. Los casos de eutanasia no voluntaria suelen estar relacionados, en la mayoría de las ocasiones, con estado de inconsciencia total provocado por un coma que en un gran número de casos mantiene al individuo durante meses e incluso años en un estado semi-vegetativo.

C. *La eutanasia involuntaria o contravoluntaria*, donde la persona tiene voluntad para elegir entre la vida y la muerte, o no se le pregunta, a pesar de que manifiesta su opción por la vida, no se tiene en cuenta su decisión. De estos tres casos, el primero no plantea ningún conflicto con el derecho a la vida. Muy al contrario, en la eutanasia voluntaria se reconoce el derecho a la vida, precisamente en la posibilidad que tiene su titular de renunciar a él.

D. En la *eutanasia positiva*, activa o directa, los medios con los cuales se causa la muerte pueden coincidir todos en una intervención positiva, por ejemplo, en una sobredosis de píldoras conciliadoras del sueño o en otras clases de medicinas, o una inyección de cloruro de potasio, que causa de inmediato la muerte. A veces se usa el término dar una muerte piadosa para esta clase de intervención.

En la *eutanasia voluntaria positiva* no se le impone al paciente la muerte. En el fondo, esta clase de eutanasia es un suicidio o la cooperación con otros que lo cometen. Sin embargo, se trata de una clase especial de suicidio, ya que se comete tan sólo con miras a poner fin a dolores intolerables o una vida inútil.

Un ejemplo de eutanasia involuntaria pasiva fue la orden del tristemente célebre Adolph Hitler quien estableció la eutanasia eugenésica, en octubre de 1939. Más de 80,000 mil pacientes mentales de Alemania y Australia, epilépticos, débiles mentales y personas deformes, fueron ejecutados en cámara de gas entre 1940 y 1941. En un comienzo la ley se refirió en forma exclusiva a los niños pequeños, pero luego se elevó la edad.

Otro ejemplo de eutanasia involuntaria activa lo tenemos en Napoleón. En 1779 se dice que pidió a su médico militar aplicar la eutanasia a soldados infectados con enfermedades contagiosas para frenar su expansión.

Sócrates sostuvo que el hombre era propiedad de los dioses y que sería una injusticia destruir esta propiedad. Sin embargo, la necesidad imperiosa de morir, da a entender el permiso de los dioses para poner fin a la propia vida.

Eutanasia negativa, pasiva o indirecta, es omisión de un tratamiento eficaz, o sea, al hecho de no prolongar el proceso de morir por medio de máquinas o aparatos que mantienen la vida al paciente, como por ejemplo, el respirador artificial.

Si un paciente terminal, en buenas condiciones mentales, puede lícitamente rehusar un tratamiento inútil, las personas responsables de un paciente inepto mentalmente debe poseer tal derecho. En el caso de menores de edad, la práctica médica reconoce el derecho de los padres, a rehusar un tratamiento inútil. Sin embargo, en los Estados Unidos de América se han dado un buen número de casos en los que el hospital ha rechazado la decisión de los padres y ellos han recurrido a los jueces para obtener la autorización de un tratamiento. El caso de Karen Ann Quinlan cautivó atención mundial.

La señorita Quinlan, de 21 años, sufrió un colapso (por sobredosis de una mezcla de drogas y alcohol) y quedó en estado de coma el 15 de abril de 1975. No recuperó su estado de conciencia y fue mantenida con vida mediante un aparato respirador y alimentación intravenosa por muchos meses. Dado que no se veía esperanza de su recuperación, sus padres solicitaron al hospital que retirara el respirador. Rehusada la solicitud por los médicos de la señorita Quinlan, los padres recurrieron al juez y le solicitaron autorización para retirar el respirador.

El Juez Muir Junior, de la Corte de New Jersey, el 10 de noviembre de 1975 negó la solicitud del padre de Karen. Este hizo la apelación a la Corte Suprema de New Jersey, la cual el 1° de abril de 1976 falló por unanimidad en el sentido de que podía retirarse el respirador. Se suspendió tal aparato pero Karen continuó respirando

por su cuenta sin lograr salir de su estado de coma. Continuó así por largos y penosos años para sus padres y Karen murió finalmente en 1986.

Es preciso destacar que la mayoría de los partidarios de la aplicación de la eutanasia lo son en cuanto a que ésta debe ser voluntaria; es decir, que la persona en estado irreversible debe solicitar, o al menos acceder, en estado consciente y después de haber sido informado de su estado clínico, que le sea aplicada o en su defecto, que hubiera comunicado sus deseos a su familia, médico o a un amigo. Empero, se ha demostrado que frecuentemente la solicitud de ser privado de su existencia no es siempre un acto racional. Los padecimientos físicos y morales invariablemente trastornan al individuo y afectan su razón. En numerosos casos la información oportuna y el cuidado apropiado de un presunto suicida los lleva a desistir de su empeño. De acuerdo con un manual editado por la Asociación Médica de Washington (The Washington Medical Association), actualmente es posible controlar del 90 al 99 por ciento de los casos de dolor en los pacientes; lo que sucede, afirman, *es que el personal médico no está suficientemente informado o bien usa métodos anticuados en el tratamiento del dolor.*

Decisiones acerca de los tratamientos médicos y el final de la vida son más complicados hoy de lo que una vez fueron, más frecuentes y ampliamente debatidos que en el pasado. Se teme a la posibilidad de sobrellevar una agonía larga, una existencia precaria, devenir en carga familiar o social. Paradójicamente ese temor lo han generado en ciertas formas los recientes avances de la medicina y la tecnología médica capaces de prolongar la vida de un enfermo terminal o lo que es lo mismo, alargar el proceso de muerte a pacientes que en la misma circunstancias hubiesen muerto en el pasado desde las primeras etapas de su enfermedad o a raíz de accidentes mortales y que hoy continúan viviendo al precio de soportar la vida resultante; para algunos la sola perspectiva de vivir más tiempo es bienvenida, para otros la calidad de vida que pudiera resultar de un tratamiento de esa naturaleza los induce a dudar si se trata de un beneficio o de una calamidad. De allí la frecuencia de la

renuncia voluntaria a esos procesos no curativos sino dilatorios del desenlace final.

Si bien, a merced de esos adelantos en la actualidad el promedio de vida es mayor y se han logrado controlar eficientemente muchas de las enfermedades que ante amenazaban la existencia, los procesos degenerativos de la vejez y la senilidad son hasta ahora inevitables y han proporcionado la aparición de nuevos procedimientos y formas de vida precarias cuyos cuidados requieren recursos no siempre disponibles para hacerles frente, provocando situaciones que desembocan en los pensamientos de eutanasia o suicidio asistido.

El derecho a la vida frente a la eutanasia no voluntaria protege contra toda forma de muerte provocada con el fin de acortar sufrimientos, o de evitar una vida indigna. Tiene unos límites bastantes difusos y muchas veces puede confundirse con el tipo de homicidio, por ejemplo, o insufrible en los casos de la llamada eutanasia económica o eugenésica. En cualquier caso, el problema se plantea al afirmar el derecho de una persona a vivir, aunque se presuma que para él o para terceras personas esa vida sea indigna o insuficiente, cuando esa persona no pueda manifestar su deseo de vivir.

4. Variables de la eutanasia

Distanasia: Significa lo contrario a la eutanasia, o sea, es mantener la vida a como dé lugar, independientemente de las medidas, prolongando innecesariamente la agonía del enfermo terminal. Esta actitud terca y visceral es rechazada por el sentido común y también por el código deontológico médico; se considera una mala práctica, ya que alarga la agonía del paciente pero no permite ni salvar la vida ni mitigar su sufrimiento. La alternativa a la distanasia no es la eutanasia sino, sencillamente, la no adopción de estas medidas extraordinarias y fútiles.

Ortotanasia: Es el punto intermedio entre eutanasia y distanasia, vendría siendo como la aplicación de la terapia paliativa;

sería la antidistanasia, ya que esta ni acorta la vida ni alarga artificialmente mediante medios extraordinarios o desproporcionados.

Eutanasia agónica: Supresión de la vida en un enfermo terminal o agónico, sustentado en la piedad; viene siendo la eutanasia más socorrida por los defensores de la práctica eutanásica;

Eutanasia eugenésica: Supresión de la vida de un feto o un niño; cuando se aplica en un feto o niño malformado o poseedor de una patología congénita.

Adistanasia: Omisión o retirada de medio extraordinarios o desproporcionados para prolongar artificialmente la vida de un enfermo terminal. Consiste en dejar morir en paz, como consecuencia de su enfermedad al paciente que no tiene esperanza de sobrevivir de un modo natural. Se contrapone a la distanasia, es decir, no es el no tomar esas medidas desproporcionadas que alargan sin sentido la vida del moribundo.

Eutanasia social: Eliminación física de una persona por diferencia de raza, credo, etc.

Suicidio médicamente asistido: Provocación de la muerte con ayuda médica o de otro salubrista.

Encarnizamiento terapéutico: Aplicación de toda terapia con el fin de mantener la vida sin ningún beneficio para el paciente, también se llama obstinación terapéutica;

La Conferencia Episcopal Española dice que la medicina paliativa es la que hace al médico un profesional que cuando no puede curar sabe aliviar, en atención al aforismo que dice: *cuando un médico no puede curar debe aliviar y si no puede aliviar, por lo menos debe consolar.*

Los componentes de una asistencia paliativa son:

I. Para el paciente:

- Mitigar el dolor con analgesia
- Aliviar el sufrimiento psíquico con mensajes de consuelo, solidaridad y seguridad
- Satisfacer las necesidades físicas: apagar la sed, saciar el hambre, garantizar confort, etc.
- Atención religiosa para los creyentes.

II. Para los parientes:

- Llevar la calma con mensajes e informaciones adecuadas
- Orientación y aliento en referencia moral y socioeconómica derivada del evento mortal

Terapia ordinaria y extraordinaria para un paciente terminal:

Ordinaria:

- Analgesia
- Sedación suave
- Soluciones hidratantes
- Colectores de secreciones
- Oxigenoterapia
- Cuidado de enfermería, etc.

Extraordinaria:

- Hemodiálisis
- Cirugías extensas

- Medicamentos, última generación
- Trasplante de órgano
- Lácerterapia
- Radioterapia
- Quimioterapia

Hallazgos clínicos que presenta un paciente catalogado terminal:

- Enfermedad causal de evolución progresiva
- Pronóstico de supervivencia inferior a 6 meses
- Estado general grave
- Insuficiencia de órgano, única o múltiple
- Ineficacia comprobada de los tratamientos cuales sean
- Ausencia de otros tratamientos efectivos
- Complicación irreversible de las funciones vitales.

5. La eutanasia en la actualidad

En nuestra época, el ejemplo más importante de eutanasia es Holanda. En consideración al envejecimiento progresivo de la población, debido a la prolongación de la vida en las personas mayores y a la posibilidad de sufrir enfermedades crónicas e incurables, los holandeses han analizado muy cuidadosamente la aceptación de la muerte como una posibilidad real.

Así mismo, la confianza de la gente en sus médicos familiares y el planteamiento del problema entre la Asociación Médica Holandesa y el Tribunal Supremo holandés, ayudó a perfeccionar el documento conocido como la *Declaración Vital*, en donde se plantea la indefensión de la persona y el compromiso de su dignidad personal frente a una abrumadora tecnología que prolonga la vida en una forma absurda.

Esto se apoyó en encuestas públicas que demostraron que casi el 80% de la población holandesa se encontraba de acuerdo con la eutanasia en el año de 1993. Pero lo más contundente es el hecho de haberse notificado 1,424 casos de eutanasia, de los cuales 1,410 llegaron al denominado desistimiento por parte de la Fiscalía de La Haya. 14 casos fueron a juicio y resultaron completamente absueltos luego de la investigación preliminar.

6. La eutanasia en América

En nuestro continente el evento más reciente es el de la llamada *máquina de la muerte*. El doctor Jack Kevorkian, luego de mucho tiempo de estudio y experimentación animal, diseñó una máquina que contenía infusiones de barbitúricos, relajantes musculares y cloruro de potasio, que al ser activada por el mismo paciente, producía la muerte sin ningún tipo de dolor o molestia, en el lapso de seis minutos.

Una de sus primeras pacientes fue la señora Janeth Adkins, quien a sus cincuenta y cuatro años de edad y luego de haber recibido la noticia de una enfermedad incurable, decidió poner fin a sus días con la máquina del doctor Kevorkian, eximiéndolo por escrito de toda responsabilidad. El caso fue juzgado en la Corte del Estado de Michigan, la que exoneró de cualquier cargo criminal al inventor de la máquina, a lo que luego siguió la promulgación de la *Ley de Autodeterminación del Paciente*, la que incluye los derechos del paciente a morir dignamente.

En el siglo XX es cuando la polémica adquiere mayor fuerza, pues es en el año de 1938 cuando se forma simultáneamente en Inglaterra y Nueva York la primera sociedad a favor de la eutanasia que posteriormente en 1988 cambió de nombre a *Asociación Pro-derecho a Morir*, extendiéndose dichas asociaciones en Australia, Alemania, Japón, China, Filipinas, Israel y otros países.

La razón la podemos encontrar en el avance tan enorme que han sufrido las llamadas tecnologías aplicadas a las ciencias y que

han originado, como es evidente, una gran transformación en el pensamiento humano. El uso de alta tecnología utilizada en el campo de la medicina ha incrementado la esperanza y la calidad de vida en pacientes que, no muchos tiempos atrás, hubieran perdido toda posibilidad de vivir. Sin embargo, toda espada tiene su doble filo.

Unido a este incremento en las expectativas de vida, aparece también la triste realidad de la situación de muchos enfermos que son obligados a vivir en condiciones inhumanas. Enfermos terminales unidos a tubos, máquinas y enchufes, sometidos a tratamientos químicos a veces inútiles y vejatorios, han revitalizado la polémica.

V. El trasplante de órganos y tejidos

El conocimiento medicolegal ocupa, en relación a los trasplantes de órganos y tejidos, un punto de unión entre la medicina y lo que jurídicamente está permitido. Otros tipos de trasplantación humana no son objeto de la medicina legal. Así, por ejemplo, tenemos en la *autotrasplantación* de tejidos de piel de una parte del cuerpo a otra; las *heterotrasplantaciones*, en la que se injertan tejidos en una persona, partes del cuerpo de otra, como los de córneas o injertos de huesos, y la *alotrasplantación*, cuando se introducen material plástico o de metal en reemplazo de los naturales. Tampoco cuenta la trasplantación que tiene relación con la extracción o la anexión extra-corporal de órganos artificiales o animales, por tiempo limitado.

Además de la cuestión médica (en la que se incluye la realidad de la cirugía de los trasplantes), o de la ética médica, está la cuestión jurídica sobre los distintos bienes que deben tomarse en cuenta para su protección; en esta diversidad de problemas están contenidas las opiniones y razones del derecho, determinando todas las circunstancias del donante y del receptor –la medicina legal se concentra esencialmente en este último–, ya que aun teniendo fines curativos, *«tiene un papel dominante, en referencia a las consideraciones jurídicas, la cuestión del destino del paciente:*

vida o muerte, salud o enfermedad»...«La medicina no puede ejercerse sin tomar en cuenta las normas jurídicas que rigen para la profesión médica; éstas no pueden tratarse sin analizar los hechos médicos que deben juzgarse. Se trata de hechos que se modifican con el progreso de la medicina; progreso que puede transformar la valoración jurídica».[49]

Entendido el lugar de los trasplantes orgánicos, desde las reglas del tratamiento y la indicación médica, pasemos ahora a los contenidos principales, desde la perspectiva medicolegal.

En primer lugar, un poco de historia. Los primeros trasplantes con éxitos se realizaron entre 1955-1977. De acuerdo a los informes de que se dispone se realizaron en el intervalo al que se hace referencia, unos 25,000 trasplantes de riñón.

El primer trasplante de corazón data de 1967; los trasplantes de hígado corresponden a 1963; entre 1967 y 1977 se practicaron trasplantes de páncreas; no se tuvo un balance positivo; en igual fecha se intentaron los de intestino delgado, todos fracasaron; hasta 1977 se habían realizado nueve trasplantes de bazo; el trasplante de otros órganos, como la laringe, no han podido concretarse; tampoco los de glándulas sexuales, no tienen paralelo en relación a países como Alemania.

El trasplante de cerebros humanos todavía constituye un reto, con grandes interrogantes desde el punto de vista ético y jurídico. Mejor suerte han tenido los trasplantes de cara.

_____

49. Lüttger Hans. Medicina y Derecho. *Consideraciones jurídico-penales sobre los trasplantes de órganos.* Capítulo 6. Pág. 111.

La donación y el trasplante de órganos y tejidos en seres humanos para la República Dominicana, sólo podrá realizarse de acuerdo con lo dispuesto en la Ley 329-98, del 11 de agosto de 1998, o por las leyes que la modifiquen o se promulguen respecto a la materia.[50]

En el artículo 1º de la ley de trasplantes de órganos, anotamos algunas definiciones fundamentales, las cuales parecen coincidir en otras latitudes legislativas:

a) *Trasplante.*- Es el reemplazo, con fines terapéuticos, de componentes anatómicos en una persona, por otros iguales y funcionales, provenientes del mismo receptor o de un donante vivo o muerto;

b) *Componentes anatómicos.*- Son los órganos, tejidos, células y, en general, todas las partes que constituyen el organismo humano;

c) *Donante.*- Es la persona de la cual, durante su vida o después de su muerte, se extraen componentes anatómicos en buen estado funcional, para trasplantarlos en otra persona o utilizarlos con fines terapéuticos;

d) *Receptor.*- Es la persona en cuyo cuerpo se implantan componentes anatómicos provenientes de otro organismo humano; y,

e) *Autoinjerto o trasplante unipersonal.*- Es el reemplazo en una persona de unos componentes anatómicos por otros provenientes de su propio organismo.

---

50. Véase el Art. 136 de la *Ley General de Salud* No. 42-01. De acuerdo a lo establecido en su artículo 157, serán sancionado con penas de 15 años y multas superiores a 50-100 salarios mínimos, los crímenes cometidos en relación a los trasplantes ilegales: A saber: *a) "Trasplantes de órganos de seres humanos vivos a otros seres humanos, cuando el órgano trasplantado no es regenerable, único y esencial para la vida; b) Trasplante de órganos de seres humanos vivos realizado a expensa de la anatomía de menores de edad discapacitados o de toda otra persona que por cualquier circunstancia no haya expresado libremente su consentimiento".*

Las demás definiciones adyacentes a la trasplantación de órganos no la incluimos como conceptos de interés medicolegal. Es más útil anotar que los procedimientos de extraer el órgano (ablación) pueden hacerse desde un cadáver o desde un ser humano vivo a otra persona, a quien se le injerta el órgano.

El primero es el donante, que puede ser un cadáver, dependiendo del órgano en cuestión (corazón, córneas, hígado, riñón, etc.); el segundo es el receptor, el cual debe ser histocompatible con el donante.

Existen cuatro tipos de donantes universales, como en el llamado *trasplante en asistolia*, que se presenta cuando los órganos proceden de un donante que fallece por paro cardiaco fuera del hospital. Gracias a este tipo de iniciativa, en la ciudad de Madrid, en noviembre de 2002, se pudieron practicar el primer *trasplante bipulmonar* de cadáver por fallo cardiaco fuera del hospital. Se trataba de la primera experiencia de estas características en el mundo. De acuerdo a una reunión internacional sobre trasplantes, estos tipos de operaciones ocurren en casos como:[51]

1) Fallecido fuera del hospital por parada cardiaca,
2) Fallecido por la misma causa antes de llegar al hospital tras técnicas de resucitación cardiopulmonar,
3) Fallecido en el hospital por muerte cerebral y
4) Fallecido en el hospital por parada cardiaca tras muerte encefálica.

Existen diferencias entre la muerte cerebral y la cardiaca. En el primer caso, la muerte encefálica se certifica por exploración clínica mediante el cese de las funciones neurológicas por encima de la médula espinal. Se confirma habitualmente con métodos instrumentales, como encefalograma plano durante al menos 30 minutos y pruebas de detección del flujo sanguíneo al cerebro.

51. Ver el *Protocolo de Maastrich*t, Holanda, una reunión internacional sobre trasplantes, en 1995.

La gran mayoría de los pacientes que fallecen en un centro asistencial son por muerte cerebral, puesto que el músculo cardiaco puede seguir latiendo de cuatro a doce horas más y enviando sangre y nutrientes, por tanto, al resto del organismo. Esta actividad cardiaca tras la muerte cerebral se mantiene espontáneamente o se puede prolongar durante días mediante asistencia médica.

Esta nueva definición legal de parada cardiaca o asistolia ha permitido la obtención de potenciales donantes ideales, al tratarse de personas sanas que mueren fuera del hospital de forma súbita, generalmente por fallo cardiaco o traumatismos por accidentes.

Los expertos en trasplantes, nacionales y extranjeros, se reunirán en el país para discutir las posibilidades terapéuticas que puedan desarrollarse en República Dominicana de cara a dar asistencia médica a los pacientes con enfermedades catastróficas, cuyos tratamientos llevan a la quiebra a cualquier familia.

Las enfermedades catastróficas son muchas y variadas, en la que entran los quemados, los politraumatizados, las cardiopatías izquémicas, las enfermedades mentales, los problemas de hígado y corazón, y cirugías de alto costo. También casos de las personas con insuficiencia renal, cada año su número ronda entre los 1,100 y 1,500 casos, los que presentan leucemia, aplasia medular, y VIH/SIDA, entre otros males.

América Latina se ha visto en la obligación de crear una ley o fondo especial o cuotas especiales para lograr que los pacientes tengan asistencia con la puesta en marcha del sistema dominicano de Seguridad Social para atender esas enfermedades.

Hacia donde va el trasplante en el país, y si se entiende que con voluntad política se puede poner en marcha la ley de trasplantes ya existentes. La actividad contó con la participación de profesores en trasplantes del mundo, entre ellos el doctor Rafael Matesanz, presidente del Consejo Europeo de Trasplante. Lo que sigue es conozcamos mejor sobre la nueva Sociedad Dominicana de Trasplantes de la República Dominicana que en estos momentos acaba de conformar el Colegio Médico Dominicano.

Capítulo III

TOXICOLOGÍA FORENSE

Toxicología forense. I. Concepto y división; Tóxico y veneno; Etiología medicolegal; Principios generales de las intoxicaciones; II. La autopsia medicolegal en las intoxicaciones; Autopsias tempranas; Autopsias tardías; Caso: Amor-dinero; El laboratorio toxicológico forense; III. Toxicología en el campo: Venenos agrícolas; Clasificación de los venenos agrícolas; I: Por ss origen; II: Por su modo de acción contra las plagas; III: Por concentración industrial; IV: Por su composición química; Intoxicación por plaguicidas; Intoxicaciones por insecticidas: los órganoclorados; Intoxicaciones por insecticidas: Los carbamatos; Los herbicidas; Paraquat, Diquat; Intoxicaciones por rodenticidas; Antídoto; IV. Toxicología del deporte: Dopaje; Métodos de dopage; Clasificación de las sustancias dopantes; Clases de sustancias sometidas a ciertas restricciones; Sustancias prohibidas en los controles de fuera de competición.

I. Toxicología forense

Concepto y división

La toxicología general estudia el diagnóstico y tratamiento de las intoxicaciones (Orfila) y los envenenamientos (Tardie). Según su campo de actuación se divide en clínica y medicolegal. La primera tiene una estrecha relación con el diagnóstico anatomopatológico de las enfermedades y la segunda se limita al medio legal. De acuerdo a Guillermo Uribe Cualla, "*se entiende por toxicología forense la que versa sobre la etiología de la intoxicación, las formas*

habituales de producirse en el terreno médico-legal, y el diagnóstico anatomopatológico y toxicológico químico-legal del envenenamiento".[52]

La toxicología forense es valorada por el sistema legal de justicia, toda vez que el tóxico es un productor de lesiones, teniendo que determinarse la etiología de la intoxicación o del origen de la muerte; y en general, el conjunto de trastornos que derivan de la presencia en el organismo de un tóxico o veneno, que va a ser dirimido en un ambiente judicial.

Su ámbito de acción lo constituyen la muerte violenta y las lesiones corporales de origen venenoso, aunque no siempre se tiene una idea exacta del envenenamiento. La sintomatología detallada y la descripción minuciosa de las lesiones que los venenos producen en el organismo pertenecen al dominio de la toxicología forense, también denominada química legal. Sobre este particular ha escrito Thoinot, lo siguiente: *"El peor error que puede cometer un médico encargado de un asunto judicial es querer hacer el papel de químico legal"*.[53]

Esta división que hemos realizado más arriba, dentro de la toxicología general, es de capital importancia en las sociedades modernas. Pero en realidad, está más desarrollada en los países del primer mundo. Lamentablemente no existe aún un estatuto definido en la República Dominicana.

---

52. Uribe Cualla, Guillermo. *Medicina Legal, Toxicología y Siquiatría Forense*. Editorial TEMIS, 11ma. edición. Colombia, 1981. Pág. 823.

53. Thoinot, León. Citado por el profesor Carlos Federico Mora, en su obra *Manual de Medicina Forense*, Ciudad de Guatemala, América Central. Agosto de 1931. Pág 185.

Tóxico y veneno

La diferencia que existe entre un tóxico y un veneno es, sin duda, la dosis, ya que éstos pueden ser administrados en forma suficiente que puede causar la muerte o puede causar serios problemas de salud de un individuo. Se habla de *"dosis mortal"* cuando la substancia produce la muerte (veneno); y de *"dosis tóxica"* cuando da origen a trastornos graves sin llegar a producir la muerte (tóxico). Si se establece que la dosis se produjo con fines intencionales, para suprimir una vida o para causar una intoxicación, entonces se habla de envenenamiento culpable; y si, en cambio, la substancia llegó al organismo sin fines conocidos, se habla entonces de intoxicación, que es un estado morboso generalmente accidental, que resulta del efecto nocivo que tienen algunas substancias en el organismo.

Veneno: Un veneno es toda substancia que sin importar la dosis puede producir efectos perjudiciales, e incluso la muerte. El veneno, por tal razón, es visto con carácter absoluto; pero en términos medicolegales, se acepta que el veneno como «los cuerpos químicos que tienen la propiedad de causar efectos dañosos en el organismo con pequeñas dosis».

Tóxico: La intoxicación, en cambio, sucede cuando penetra al cuerpo humano toda sustancia sólida, líquida o gaseosa que tiende a perjudicar la salud y muy raras veces llega a causar la muerte. Entre sus principales causas de las intoxicaciones, tenemos: medicamentos, comida, gases tóxicos, picaduras de insectos, actos suicidas.

Las intoxicaciones existen en mayor número que los envenenamientos. No hay definición exacta de este último, debido a la expresión de Tardie, «la ciencia de los venenos no existe». El envenenamiento figura en el Código Penal dominicano, como una forma de asesinato. A ese respecto dice: *«El atentado contra la vida de una persona cometido por medio de sustancia que puedan producir con más o menos prontitud, se califica de envenena-*

miento, sea cual fuere la manera de administrar o emplear esas sustancias, y cualesquiera que sean sus consecuencias».[54]

En una sociedad determinada, puede verse que las intoxicaciones son parte integral de la vida cotidiana; en cambio, el conocimiento de los envenenamientos nos llega de manera excepcional, sin tomar en cuenta que se hayan producido de manera accidental, suicida u homicida. En las cárceles es casi nulo el número de convictos por envenenamiento. No es común encontrar más de uno o dos sujetos. La sanción por envenenamiento es de 30 años, debido que se trata de un crimen capital.

Etiología medicolegal

La forma más frecuente de las intoxicaciones/ envenenamientos es la que se manifiesta como accidente, siendo los niños los más afectados, pues ignoran el peligro del uso de la substancia, exponiéndose a fatales equivocaciones. Cuando ocurre en adultos de forma accidental, se trata de sujetos que tienen por razón de oficio manejar substancias venenosas, o se desempeñan en lugares donde hay poderosos químicos, con gran riesgo de absorción.

No se descarta el envenenamiento en sujetos iletrados que no saben leer, en personas ebrias, o en extranjeros que confunden los embases, y en enfermos mentales cuya condición de salud mental los convierte en potenciales víctimas de envenenamiento y/o intoxicaciones.

La forma suicida es más frecuente en las mujeres, siendo los mayores casos las jóvenes adolescentes que atraviesan una gran tensión familiar, o rivalidad contra los padres por razones de noviazgo prohibido; en las mujeres adultas domina el tema pasional o puede ser a consecuencia de una enfermedad terminal o tendencia de una personalidad suicida. Así lo comprueban las estadísticas.

_____

54. Código Penal de la República Dominicana, Artículos 301 y 302.

La razón por lo que las mujeres se valen de los tóxicos para el suicidio es que existe menos horror en este tipo de muerte. También es razonable creer que muchas mujeres no saben hacer nudos y por esta razón no se ahorcan; no saben usar un arma y por esta razón no se disparan, o le impresiona grandemente el uso de las armas de fuego, aunque sepan usarla, por seguridad personal o profesión. En los hombres es más común el suicidio por medio de las armas de fuego.

El envenenamiento criminal o delictuoso como figura delictiva es más bien raro. De ello atestigua el porcentaje de condenados en nuestras cárceles, y en cualquier establecimiento penal.

Otras formas de origen de las intoxicaciones las podemos agrupar, en casos más elementales, tales como:

a) *alimentaria:* comida contaminada o substancias enrarecidas que pueden ser ingeridas junto a los alimentos;

b) *medicamentosa:* medicamento dañado o simplemente mal administrado por el mismo paciente. Si ocurre de esta última forma se le denomina *iatrogenia.* Existen casos en que la substancia está disfrazada como remedio.

c) *hídrica:* cuando procede de ríos o afluentes.

d) *ocupacional:* cuando procede de la contaminación laboral, y, en una dimensión mayor; del ambiente de trabajo.

e) *ambiental:* cuando ocurre por la contaminación física y atmosférica del ambiente general.

Principios generales de las intoxicaciones

Los efectos adversos que tienen los venenos se debe a su estrecha relación con la tierra, la vegetación y con la características de ciertos animales. En este apartado es importante reconocer los siguientes aspectos de dichas sustancias, las cuales actúan de manera general y tienen carácter de principios universales.

a) La naturaleza:

Animal: la serpiente marina tiene el veneno más potente del reino animal. Pero también existen las arañas, artrópodos, escorpión, ciempiés,

Vegetal: raíces y la corteza de determinados árboles, algunos frutos, hojas y flora específicas. Tenemos como ejemplo algunas algas, hongos, frutos de árboles determinados, pólipos marinos, entre otros.

Mineral: arsénico, cianuro, mercurio, el plomo en estado gaseoso, órganos fosforados.

b) La etiología

Accidental: niños, iletrados, extranjeros, etc..
Suicida: adolescentes, por pasiones extremas, por enfermedad terminal.
Homicida: personalidad sociopática, maníacos, etc.

c) Las etapas
También conocidas como *"toxicocinética"*, comprende el ciclo intraorgánico de los tóxicos, las vías de ingreso, la absorción y distribución en el organismo, las características generales en las diferentes fases de la biotransformación y de la eliminación de los tóxicos.

1. Fase de absorción: El tóxico puede ser absorbido en el organismo humano por las siguientes vías:

a) cutánea: (dérmica) cuando la substancia es absorbida por los poros de la piel, sean polvos o líquidos.

b) digestiva: venenos cuya acción incide en la boca, el estómago, los intestinos y el recto.

c) respiratoria: producidos por gases, polvos o vapores (sustancias que están en el aire), que son absorbidos por la vías respiratorias. *son gases, vapores tóxicos, volátiles, líquidos atomizados, etc..*

d) conjuntival: gases bélicos

e) parenteral: picaduras y mordeduras de animales, flechas envenenadas,

f) endovenosa: inoculación de venenos a través de la venas

g) cáustica: (si estos sólo actúan en la piel)

Entre los síntomas más comunes en estos tipos de intoxicaciones, se conocen los siguientes: Dolor, escozor, mareos, vómitos, debilidad muscular, paro respiratorio, irritación de la piel, náuseas, diarreas, comportamiento anormal, convulsiones, pulso irregular, shock, entre otros.

2. Fase de fijación y transformación: luego de la primera etapa, o de absorción, el organismo trata de fijar el tóxico y luego éste se transforma. Estos procesos reciben los siguientes nombres:

a) Oxidación
b) reducción
c) desdoblamiento
d) conjugamiento
e) metilación

3. Fase de eliminación: Tiene lugar por las siguientes vías:

a) Renal
b) respiratoria
c) intestinal
d) salival
e) gástrica

II. La autopsia médico-legal en las intoxicaciones

Pueden ser de dos tipos: Autopsia inmediata y tardía, cuando se trata de presuntos envenenados.

a) Autopsia inmediata:

1. Tomar nota de olores y colores.
· Rojo escarlata (CO y cianhídrico).
· Verde (arsénico)
2. No ensayos de orientación sobre el cadáver.
3. Estómago
· No abrir in situ.
· Doble ligadura para la extracción.
· Vaciar en frasco y abrir.
4. Abrir todo el intestino.
5. Abrir corazón y extraer su contenido.
6. Buscar lesiones en: hígado, riñón, pulmón, etc.

b) Autopsia tardía:

1. Descripción detallada de la sepultura
2. Tomas de muestras
· Tierra: de encima, mismo nivel y debajo
· Recoger posibles líquidos orgánicos que hayan caído hacia la tierra
· Evitar confundir los componentes de la tierra con tóxicos del cadáver

Caso: *Amor-Dinero* [55]

Resumen. Se trata de un caso de una mujer muerta en accidente de caballo. Ella había salido a montar y 45 minutos después el caballo había regresado solo al mismo lugar de origen. En el hallazgo del cadáver se encontró un patrón de lesiones con abrasiones y contusiones periorbitales y heridas corto-contundentes a nivel parietal y temporal derecho. Una bota fue encontrada a 50 pies del cuerpo y la otra estaba puesta en su pie.

Diez años más tarde a solicitud de los parientes se procede a realizar una autopsia por exhumación. Las exhumaciones representan un reto para la necropsia. La tierra es ya parte del medio del cadáver. El toxicólogo toma muestra de tierra para el control y poder comparar entre los hallazgos en el cadáver y el resultado del análisis del terreno.

Se le hace una foto para identificar el lugar donde ha sido inhumado el cadáver, como evidencia que el cuerpo está ahí, en su lugar correspondiente.

La presencia de la regla es para dar una representación en cuanto al tamaño del corte de la lesión. Se ha empleado la técnica del rayo láser con la finalidad de visualizar los tejidos blandos, y los lugares donde se le ha inyectado sustancias. Se ha removido la vestimenta tomando en cuenta los cambios en la piel, y los ziper o las marcas de la ropa que estas puedan causar.

En el caso que se describe se encontró una nota o manuscrito colocada en el bolsillo de la blusa a la altura del busto; ésta se analizó con un psicólogo forense y éste reportó en un informe que había sido escrita con rabia y con intención homicida. Luego se consultó un psiquiatra, quien siguió la conducta del esposo y reportó que efectivamente había un cambio en su comportamiento después del incidente. La nota decía: «ya no te veré nunca más».

---

55. Código de Investigación de un caso de autopsia por intoxicación, por succinilcolina. Texto del doctor Robert Golberg. Presentado en una conferencia en la Procuraduría General de la República. Santo Domingo, 31/03/2005. Traducción: Doctor Sergio Sarita Valdez.

Un crimen puede resolverse en base al patrón de lesiones. Este nos permite relacionar la evidencia con las circunstancias de los hechos. El error médico forense de la primera autopsia consistió en no dar tiempo antes de que las contusiones se desarrollaran. Es por eso que se tomaron las tomografías antes de que se noten otros artefactos de la autopsia y efectivamente, la autopsia había sido realizada muy rápida.

Puso el siguiente ejemplo: Recientemente la Policía le consultó sobre un crimen en el que la víctima había recibido 18 puñaladas en el pecho. Se le preguntó a la Policía como había interpretado el caso. Y le sugirió que pudo tratarse de un crimen con celo homosexual. Posteriormente se supo que un vecino estuvo fumando el día del hecho y vio un hombre saliendo del lugar. Se averiguó que el fallecido tenía record de molestar a menores. Se sugirió la prueba del polígrafo para el vecino, y éste estuvo de acuerdo. Cuando se le notificó que no lo había pasado, expresó: «Ese hijo de la gran p…. me había intentado violar». Fin del caso.

Volviendo al caso. Al cuerpo exhumado se le compararon la fusta de montar con las lesiones en la espalda y tenían las mismas medidas. Ese elemento habla de tortura, y de que tal vez la escena estuvo prefabricada. En la parte metálica coincidió con el patrón de la lesión. En el tórax disecado se observaron fracturas en las costillas. Ambas escápulas (omóplatos) estaban fracturados. Se utilizó un odontólogo-antropólogo forense para la identificación, quien corroboró un trauma en la mandíbula.

Por los efectos de la sustancia de embalsamamiento, se produjeron cambios en el color de la piel, es por eso que la necropsia debe hacerse rápida.

Se encontró hemorragia en los dedos, como si se tratara de heridas de defensa. Se hicieron estudios toxicológicos para investigar drogas y barbitúricos, entre otras sustancias. Se pudo averiguar que tres semanas antes del hecho, el esposo estuvo mirando un programa televisivo en donde se simulaba la muerte accidental por la caída de un caballo. En el cadáver se encontró que el cuerpo había sido inyectado.

El resultado del informe toxicológico dijo que:

a) fue inyectada con succinilcolina
b) tuvo parálisis en los músculos respiratorios
c) tuvo conciencia de la tortura
d) y fue asesinada.

«¿Por qué el caso fue reabierto diez años después? La familia nunca aceptó el accidente; ella era un jinete experimentado. El hecho violento ocurrió en momento en que existía una gran presión conyugal entre ellos; los investigadores dieron seguimiento al comportamiento del viudo. El patrón de conducta de él convenció a todos de abrir el caso. Intentó trasladar el cadáver y llevarlo a otra tumba desconocida. Además de que el esposo había entrado violentamente en la oficina del empleador. Los daños en el cráneo son indicios de venganzas.

La causa de la muerte fue una intoxicación por succinilcolina. No hubo una investigación con respecto a la primera autopsia; quien hizo la autopsia no era patólogo forense, sino patólogo-ginecólogo.

El laboratorio toxicológico forense

Los laboratorios prestarán su concurso en el esclarecimiento de cuestiones criminales. Las sustancias y las manchas que se encuentren en los lugares del hecho, en la ropa, armas u objetos diversos se averiguarán mediante la comprobación de los laboratorios forenses del instituto, su naturaleza y se singularizarán los venenos.

La función de los laboratorios es la de ser un auxiliar de la justicia, ayudando a resolver problemas, esenciales en la pesquisa judicial, ya que con exactitud es propia de la aplicación del método científico.

El instituto contará con dos tipos de laboratorios, y tendrá un Jefe a su cargo bajo la dependencia del Departamento de Patología Forense: a) Toxicológico-químico, para el área de la criminalistica, y b) Médico-forense, para el área de la patología forense.

Es indispensable que el Jefe de los laboratorios posea la práctica y el dominio técnico que permita manipular los materiales acertadamente, ya que las opiniones que tendrán que pedir las autoridades, deberán hacerse en términos claros y atinados. Para los fines de definir las posibilidades de los laboratorios en la investigación criminal, éste contará con normas escritas e indicaciones de la práctica más corrientes de los exámenes que se

hacen con las diversas sustancias y secreciones. Igualmente, los servicios de laboratorios deberán se validados mediante certificación por la Secretaría de Estado de Salud Pública, y utilizará las mismas normas y procedimientos de servicios de laboratorios, en términos generales (sic).

III. Toxicología en el campo: Venenos agrícolas

Los venenos agrícolas son los plaguicidas. Todo plaguicida es un veneno agrotóxico. El nombre genérico que se emplea de los venenos agrícolas es el de plaguicidas químicos, que son sustancias químicas tóxicas, producidas sobre todo para provocar la muerte de organismos considerados como plagas o de insectos transmisores de enfermedades, o las especies no deseadas que causen perjuicio o que interfieran con la producción agropecuaria y forestal.

En ese sentido es que el uso de los plaguicidas químicos se ha convertido en la forma dominante para el control de plagas en predios rurales como urbanos, pudiendo afectar los granos almacenados, el interior de viviendas, jardines, edificios públicos, puertos de embarque, etc.

Clasificación de los venenos agrícolas[56]

Según los organismos que afectan, los plaguicidas reciben los siguientes nombres:

_____

56. Esta clasificación moderna ha sido tomada de los libros de Lilia Albert Ed, intitulados: *Introducción a la Toxicología Ambiental.* Del Centro Panamericano de Ecología Humana y Salud OPS-OMS. México, 1997, y de Jaime E. García, *Introducción a los Plaguicidas.*, Costa Rica, EUNED, 1997.

a) Acaricidas: Si eliminan los ácaros de las plantas y de animales
b) *Funguicidas:* Cuando se trata de los hongos
c) *Herbicidas:* Hierbas invasoras o malezas
d) *Insecticidas:* Insectos
e) *Larvicidas:* Larvas
f) *Molusquicidas:* Los moluscos (caracoles y babosas)
g) *Nematicidas:* Gusanos microscópicos
h) *Ovicidas:* Huevecillos
i) *Rodenticidas:* Roedores

Para una clasificación más general de los plaguicidas, tenemos:

I.- *Por su origen:*

a) *Naturales orgánicos:* Nicotina, piretrina, rotenona y otros de origen vegetal.
b) *Inorgánicos:* Arseniato de plomo, sulfato de cobre, entre otros.
c) *Sintéticos orgánicos:* La mayoría de los plaguicidas modernos, DDT, paratión, metílico, malatión, paraquat, etc.
d) *Organometálicos:* Derivados de tributilestaño, metil-mercurio.

II.- *Por su modo de acción contra las plagas:*

a) *De contacto:* Actúan al contacto directo con los insectos, hongos o plantas provocándoles la muerte.
b) *Sistémicos:* Pueden ser insecticidas, funguicidas o herbicidas que al aplicarse al suelo o al follaje son absorbidos por la raíz o las hojas y llevados internamente a todo el cuerpo de la planta.
c) *De ingestión o estomacales:* Actúan una vez que el plaguicida ha sido ingerido por los organismos.

d) *Residuales:* En el caso de los herbicidas residuales resultan tóxicos a las malezas a medida que germinan, por lo que se aplican en el suelo.

III.- *Por su concentración industrial:*

a) *Plaguicida de grado técnico:* La máxima concentración de su ingrediente activo.

b) *Plaguicida formulado:* La mezcla de uno o más plaguicidas técnicos con los ingredientes llamados "inertes" para su manejo.

III - *Por su formulación:*

a) *Polvos humectantes:* Diluyentes o impregnados.

b) *Granulados:* Mezclados con arcillas se aplican al suelo o al follaje.

c) *Concentrados:* Solubles en agua (líquidos o polvos) o aceite, y emulsionables (disueltos en solventes como xileno)

d) *Aerosoles:* Suspensiones de plaguicida que en partículas muy finas flotan en el aire, formando humos o neblinas.

e) *Fumigantes:* Se libera en forma de gas que asfixia a los insectos. Usados para almacenamiento de granos, desinfección de suelos o estructuras urbanas.

f) *Cebos envenenados:* Generalmente el plaguicida se pone con un atrayente alimentario en un recipiente.

IV. - *Por su composición química:*

Estos grupos a su vez, se subdividen según sus características:

- Insecticidas, herbicidas, funguicidas
- Organoclorados bipiridilos ditiocarbamatos
- Organofosforados triazinas ftalimidas
- Carbamatos fenoxiacéticos fenoles
- Piretroides dinitrofenoles clorobencenos

Intoxicaciones por plaguicidas

1. *Intoxicaciones por insecticidas órganoclorados*

Los insecticidas órganoclorados son moléculas orgánicos clorados con peso molecular de 291 a 545. Son muy parecidos químicamente a los compuestos hidrocarburos clorados utilizados como disolventes. Básicamente los insecticidas órganoclorados son estimulantes del sistema nervioso central, y como compuestos fueron sintetizados a finales del siglo pasado, empleados en la Segunda Guerra Mundial.

El representante más importante es el diclorodifenil-tricloroetano (DDT). Se usaron de forma indiscriminada contra los insectos en campañas como la de la malaria de 1940 a 1960 con resultados muy buenos, por su bajo precio y gran eficacia. En 1948 se descubrió que el DDT se acumulaba indefinidamente en tejidos humanos, en 1970 varios estudios revelaron que se encontraba en la población general de Estados Unidos. Posteriormente se comprobó que esto también sucedía con otros insecticidas como hexaclorobenceno, diclorodifenildietano, heptaclor, aldrín y dieldrín, entre otros.

2. *Intoxicaciones por insecticidas carbamatos*

Son, junto con los insecticidas órganofosforados, inhibidores de la colinesterasa pero con varias diferencias con estos. Causan una inhibición reversible de dichas enzimas porque la unión enzima-carbamil es reversible, lo que origina un síndrome clínico más benigno con una duración más corta, en las intoxicaciones por insecticidas órganofosforados esta unión es irreversible. A diferencia de los órganofosforados tienen muy mala penetración al sistema nervioso central, por ello la presentación clínica de esta intoxicación recuerda la de las intoxicaciones por insecticidas órganofosforados

con la excepción de originar pocos efectos sobre el sistema nervioso central, con convulsiones muy raras en la clínica. Los valores de colinesterasa en suero y hematíes retornan a su valor normal a las pocas horas, por ello en muchas ocasiones su determinación será normal cuando el paciente acude al hospital.

Los herbicidas

Tras la Segunda Guerra Mundial se producen los primeros herbicidas para controlar la maleza, estos fueron los compuestos diclorofenólicos, siendo selectivos contra las plantas. En teoría deberían ser poco tóxicos para el hombre, ya que la fisiología de las plantas es muy diferente a la de los animales. Algunos de ellos son poco tóxicos para el hombre, otros en cambio son altamente tóxicos y son responsables de numerosos casos fatales.

En función de su mecanismo de actuación los podemos clasificar en dos grupos: selectivos y de contacto.

a) Los *herbicidas selectivos*, destruyen la maleza por acción hormonal, actúan sobre el desarrollo de la planta y son poco tóxicos.

En este grupo se encuentra el dalaprón y los derivados diclorofenólicos.

b) Los *herbicidas de contacto* son tóxicos para las plantas por su acción local y lo pueden ser para el hombre y animales. En este grupo encontramos las sales de cloro, derivados del dinitrofenol, derivados de atrazina y urea, derivados del bipiridilo, paraquat y diquat.

El Paraquat

Los herbicidas del grupo de los biperidilos esta formado por paraquat, diquat y morfamquat. De ellos el paraquat es el más potente y también el más tóxico, el herbicida más utilizado en la agricultura y que se desnaturaliza al contacto con la tierra, preservando de esta

forma la semilla de su acción tóxica. Fue sintetizado en 1930, comenzando a usarse como herbicida en 1962. Numerosas muertes se han producido por ingestión accidental o suicida, últimamente predominan las muertes con intención suicida. En Almería es usado en los invernaderos y la intoxicación por él casi siempre es con fines autolíticos. En países como Japón y Malasia han aumentando el número de muertes por este agente.

La presentación habitual es en forma de líquido concentrado, siendo el Gramoxone al 20% el producto más empleado. Puede encontrarse en forma de gránulos como el Wedol, que contiene una mezcla de paraquat y diquat al 2%, también en forma de aerosol.

La intoxicación por paraquat es fundamentalmente por vía digestiva. Por la piel solo produce al contacto lesiones locales por ser un compuesto fuertemente alcalino, apareciendo las alteraciones sistémicas solo cuando hay lesiones que permiten su absorción. La inhalación tampoco es peligrosa, debido a que el tamaño de las partículas no permite que alcancen la membrana alveolar.

La absorción intestinal es del 10 %, alcanzando su concentración sanguínea pico a las 4 horas de la ingesta. El volumen de distribución es amplio de unos 2-8 l/Kg, no se une a las proteínas plasmáticas y se distribuye rápidamente por los tejidos mas vascularizados como riñón, hígado, corazón y pulmón. En este último órgano tiende a alcanzar concentraciones de 10 a 15 veces superiores a las plasmáticas, tiende a acumularse en células alveolares tipo II y I; estas concentraciones alcanzan su pico a los 4-5 días. El músculo es otro importante reservorio de paraquat.

Su vida media de distribución es de 5 horas y la de eliminación de 80 horas. Se elimina por riñón por filtración glomerular y secreción tubular activa, el 70 % en 48 horas, eliminándose el 30 % restante a lo largo de las 2-3 semanas siguientes.

Diquat

Es un herbicida que junto al paraquat forman el grupo de los biperidilos, es menos tóxico que el paraquat, también menos efectivo como herbicida y menos usado. Las vías de intoxicación son similares al paraquat. Origina sintomatología con nauseas, vómitos, diarrea, en ocasiones íleo. Hipovolemia por pérdida de líquidos. No da fibrosis pulmonar por no acumularse en células alveolares tipo II, la alteración renal y hepática es leve. En intoxicaciones graves puede aparecer afectación miocárdica, convulsiones y coma. El tratamiento es similar al de la intoxicación por paraquat y el pronóstico mejor que el de ésta última.

3. Intoxicaciones por rodenticidas

Los rodenticidas son aquellas sustancias que tienen como finalidad la destrucción de los roedores, y por extensión, la de todos los animales vertebrados indeseables. Es decir, dentro de los roedores los tres tipos más frecuentes son la rata parda común (*Rattus norvegicus*), la rata negra o rata de los barcos (*Rattus rattus*) y el ratón doméstico (*Mus musculis*). Los rodenticidas se utilizan ampliamente como plaguicidas en el medio rural, y con menor frecuencia en la industria; en estos casos los trabajadores que los manipulan son los que se suelen intoxicar. Sin embargo, debido a su uso esporádico en los hogares, también pueden ocasionar intoxicaciones en el ámbito doméstico; en este caso los niños serán los más afectados.

Los rodenticidas se clasifican en tres grupos: gaseosos, minerales y orgánicos.

Antídotos

Un antídoto es una sustancia química cuya función es anular los efectos de un veneno, toxina o de un químico. Los antídotos más comunes son los creados por el hombre, mediante la sintetización de otras sustancias químicas. En ocasiones, el mismo veneno o toxina sirve como base para la sintetización y elaboración de los antídotos.

También existen antídotos contra la intoxicación por químicos y pesticidas, generalmente en el caso de los insecticidas caseros, se describe el antídoto para la sustancia química que contiene, para facilitar el trabajo de los médicos en caso de una intoxicación accidental (sic).

En el mes de agosto del 2005 la División de Registro de Plaguicidas del Departamento de Sanidad Vegetal de la Secretaría de Estado de Agricultura presentó un Proyecto de Ley que obliga a toda compañía o persona física que importe pesticidas agrícolas y pecuarios a garantizar los antídotos de los mismos.

Ellos argumentaron que de los más de veinte grupos químicos que existen en los plaguicidas de uso agrícola y pecuario en nuestro país, solo hay tres grupos que tienen antídoto, estos son: Los órganofosforados, el carbamato y raticidas anticoagulantes cuyo antídoto es la vitamina K. Los dos primeros grupos (órganofosforado y carbamato) tienen como antídoto la atropina, ya que el efecto que producen al penetrar al organismo es el mismo que es la inhibición enzimática acetilcolinesterasa (ache) cuando la exposición al órgano fosforado es grande junto a la atropina se usa otro antídoto que es la pralidoxina, este medicamento (oxima) va a actuar como reactivador de la enzima colinesterasa.

Esto no se le observa en el caso de los carbamatos, pues solo con la atropina como antídoto se revierte los signos y síntomas y se reactiva la enzima.

IV. Toxicología del deporte. Dopaje

La creencia de que el Dopaje pertenece a la medicina deportiva, antes que a la medicina legal, no es del todo cierto. En los últimos tiempos, la balanza parece girar a favor de esta última; ¿cuál es la razón?: La muerte por dopaje es cada vez más frecuente, y como toda muerte violenta, deja huellas muy claras.

De acuerdo al Diccionario de la Real Academia de la Lengua lo que define el dopaje es *«administrar fármacos o sustancias estimulantes para potenciar artificialmente el rendimiento».* De acuerdo al C.O.I., *dopaje o doping* es la *«administración o uso por parte de un atleta de cualquier sustancia ajena al organismo o cualquier sustancia fisiológica tomada en cantidad anormal o por una vía anormal, con la sola intención de aumentar en un modo artificial y deshonesto su mejora del rendimiento en la competición».*[57]

En el sentido contrario, la lucha contra el doping, nos da a entender que se trata de una *droga* (uso de una sustancia, artificio o método), que puede ser potencialmente peligroso para la salud de los deportistas, susceptible de mejorar su rendimiento (o la presencia en el organismo de un deportista, de una sustancia, o la constatación de un método), que figure en la lista anexa al Código Antidopaje del Movimiento Olímpico.

También se habla de *dopaje* cuando existe *«promoción, incitación, consumo o utilización de las sustancias y grupos farmacológicos prohibidos y de los métodos no reglamentarios destinados a aumentar las capacidades físicas de los deportistas o a modificar los resultados de las competiciones en las que participan»*. (España, 1990). Para suplementar este concepto, el C.O.I. ha publicado una lista de sustancias prohibidas y ha

57. Definición del Comité Olímpico Internacional (*Conferencia Mundial sobre el Dopaje en el Deporte*. Declaración de Lausana, Suiza, 4 de febrero del 1999).

desarrollado un programa de detección de drogas en las Olimpíadas y competencias relacionadas para detener el uso de estas sustancias.

Dos características llaman la atención en el control del dopaje: es más frecuentes en las competencias individuales y el control obligatorio en las competencias internacionales periódicas. Tanto la recolección de las muestras, como el método de análisis que se hace de inmediato está regulado por el Comité Internacional Olímpico.

Un poco de historia. En la antigua Grecia, los atletas que competían en las pruebas deportivas ingerían extractos de plantas y testículos de animales para aumentar sus niveles de testosterona; en Roma, los gladiadores bebían pociones para incrementar su fuerza y los corredores de aurigas alimentaban a sus caballos con una potente mezcla para que fueran más veloces.

Existe una única intención: *ganar a sus rivales*. Desde entonces hasta hoy, son muchos los deportistas que a lo largo de la historia han recurrido a todo tipo de sustancias.

El dopaje no es un fenómeno nuevo. En la era precolombina, los incas ya mascaban hojas de coca para realizar sus ritos y luchas. La cafeína se utiliza desde 1805 en natación, atletismo y ciclismo. Precisamente es este último deporte el que registra en 1886 la primera muerte por dopaje, cuando el galés Linton falleció durante la carrera París-Burdeos por una sobredosis de un estupefaciente denominado Trimethil.

Pero la primera víctima que el dopaje se cobró en unos Juegos Olímpicos Modernos fue en St. Louis en 1904, donde el corredor de maratón Thomas Hicks murió por una combinación inyectada de huevos crudos, estricnina y brandy.

En la década de los 30 aparecieron los primeros esteroides sintéticos para aumentar la producción de testosterona. Los culturistas y levantadores de pesas fueron los primeros en tomar estas sustancias, pero su uso pronto se extendió al resto de deportes, sobre todo, durante los años 50.

Fue después de la Segunda Guerra Mundial cuando se agravó el problema del dopaje, porque las naciones del bloque comunista del Este otorgaron al deporte un lugar privilegiado en el campo de batalla. Comenzó entonces otro tipo de 'guerra' por ver quién era el primero en inventar un fármaco que reprodujese los efectos de la testosterona (hormona masculina).

El ganador de esta lucha fue el alemán John Ziegler, médico del equipo de halterofilia estadounidense, que en 1955 desarrolló el primer esteroide anabolizante.

Sin embargo, y pese a todos estos acontecimientos, hubo que esperar casi otra década para que las autoridades deportivas adoptaran medidas más serias contra el dopaje y hasta 1967 el Comité Olímpico Internacional no definió la primera lista de sustancias prohibidas.

La toma de muestras para detectar estos productos en los atletas se empezó a practicar un año después, durante los Juegos Olímpicos de México de 1968.

Aún así, fue el caso de dopaje del atleta Ben Johnson en 1988 el que centró la atención mundial y puso de manifiesto una realidad que, hasta entonces, mucha gente desconocía.

Existen muchas sustancias dopantes diferentes y diversas formas de consumirlas, desde la ingesta oral a las inyecciones o la inhalación de estos productos, sin dejar de lado los geles y cremas que se aplican directamente sobre la piel.

Métodos de dopaje

a) *Dopaje sanguíneo.* Consiste en una autotransfusión de la sangre del deportista, antes o durante la competición para estimular los mecanismos de transporte de oxígeno e incrementa el rendimiento general.

b) *Dopaje artificial.* Consiste en la administración de productos susceptibles de aportar artificialmente el aporte de oxígeno o expansores coloidales de plasma.

c) *Dopaje químico.* Se lleva a cabo mediante la manipulación farmacológica, química o física.

Dopaje sanguíneo

Además de estas técnicas, la Agencia Mundial Antidopaje (W.A.D.A., según sus siglas en inglés) prohíbe algunos métodos concretos como el *dopaje sanguíneo*, que consiste en una autotransfusión. Se extrae sangre del deportista cuando se encuentra en buena forma y se le vuelve a introducir la misma antes o durante la competición, con lo que el organismo produce más glóbulos rojos, lo que estimula los mecanismos de transporte de oxígeno e incrementa el rendimiento general.

Dopaje genético

El *dopaje genético*, que podría convertirse en un método frecuente en un futuro próximo, es un procedimiento, que en lugar de inyectar a los deportistas factor de crecimiento humano para incrementar el tamaño de sus músculos, se basa en administrar a los atletas unos genes extra para que sea su propio organismo el que produzca más cantidad de dicho factor.

Clasificación de sustancias dopantes

a) Estimulantes
b) Narcóticos
c) Sustancias anabolizantes
1. Esteroides anabolizantes andrógenos
2. Sustancias anabolizantes no esteroides
d) Diuréticos
e) Hormonas peptídicas, sustancias miméticas y análogas

Clases de sustancias sometidas a ciertas restricciones

a) Marihuana y otros derivados del cannabis; y
b) Glucocorticosteroides

Sustancias prohibidas en los controles de fuera de competición

A..- Anabolizantes

B.- Hormonas peptídicas, sustancias miméticas y análogas

C.- Sustancias enmascarantes, tales como: Bromantán, Probenecida, Epitestosterona y los Diuréticos;

D.- Los derivados de las anfetaminas y los estimulantes siguientes: Amineptina, Anfetamina, Anfetaminil, Bambuterol, Benzfetamina, Carfedón, Cocaína, Dimetilanfetamina, Etilanfetamina, Fendimetrazina, Fenetilina, Fenmetrazina, Fenproporex, Furfenorex, Mesocarb, Metilanfetamina, Metilfenidato, Metoxifenamina, Morazona, Pemolina, Pipradol, Pirovalerona, Reproterol, Selegilina.

E.- Los compuestos químicos, o farmacológicamente relacionados con los productos establecidos en los puntos anteriores.

F.- Los métodos prohibidos

Capítulo IV

TRAUMATOLOGIA FORENSE

Traumatología medicolegal: I. Concepto; Trauma, traumatismo y violencia; Mecanismo general de los traumas; Clasificación clásica de los traumas; II. Lesiones: Lesionología medicolegal; Lesiones contusas: tipos; Contusiones simples y complejas; Otras lesiones contusas; A) Simples: Excoriación, Equimosis, Derrames, Heridas contusas; B) Complejas: Mordedura; Aplastamiento; Arrancamiento; Lesiones personales; lesiones autoinflingidas; lesiones mortales; Lesiones post-mortales; III. Las Heridas: Clasificación; Según el arma; Heridas por arma blanca; Incisas, Contusa-cortantes, Punzantes; Heridas por arma de fuego; De acuerdo al cañón, De acuerdo a la distancia, De acuerdo al proyectil; Etiología medicolegal de las heridas; Heridas de defensa; Heridas pasionales; Heridas de lucha; Heridas suicidas; Heridas de vacilación; Múltiples; IV. Medicina legal laboral: Enfermedades profesionales; Grados de invalidez; V. Accidentología forense: Accidentes de tránsito; Clasificación de los accidentes; Causas de los Accidentes de tránsito; Otras causas frecuentes de los accidentes de tránsito; Relativas al vehículo, Relativas a la carretera, Relativas al clima; Investigación en desastres: identificación; VI. Asfixias mecánicas; VII. Agresiones sexuales

I. Traumatología medicolegal: Concepto

La traumatología medicolegal está reunida en una gran cantidad de legislaciones, penetrando muchas formas de derecho, ya que la expresión inequívoca de *trauma* está en todas partes: lo está en la delincuencia común, a través de las riñas personales, por las heridas contusas de los enfrentamientos entre las bandas; en los excesos

policiales, de donde resultan los intercambios de disparos, las imputaciones de ejecuciones extrajudiciales de parte de la Policía, a causa de las heridas por armas de fuego; está en la mala práctica médica (*iatrogenia*), y sus secuelas de postraumas; se ha vuelto común en la violencia doméstica, identificada en la llamada violencia de género e intrafamiliar, que además es aceptada como un ejemplo de violencia estereotipada como de los derechos humanos, en la que los traumas producidos están asociados a emociones y alcohol; existe en los establecimientos penales y destacamentos policiales, tal es la experiencia de los recintos penitenciarios, donde ocurren motines, hay coerción física de parte de los custodios, apremios corporales, efectos de la prisión solitaria (casos de torturas, o lesiones autoinflingidas), y en general, la "prisionalización", que en el peor de los casos culmina con la muerte en custodia, y releva el uso de la tortura por parte de la institución. La traumatología más reciente es la que surge de la delincuencia terrorista, por medio de los atentados suicidas, los coches-bomba, entre otras manifestaciones autolesivas y traumáticas.

Trauma, traumatismo y violencia

Tanto el *trauma* como el traumatismo, sin especificar ninguna de sus variedades, representan el daño ocurrido a la anatomía, en la función anatómica, por un agente mecánico, causado por la violencia o la fuerza externa que acompaña a dicho agente. Si faltase algunos de estos elementos, si no fuera posible, además, identificar el mecanismo externo por el cual actuó el agente, no sería posible saber de cual daño o a qué tipo de trauma nos estamos refiriendo. El *traumatismo* es, pues, el nombre genérico que empleamos para referirnos al trauma, sin especificar cuál de ellos. Los términos de contusión, herida, lesión y fractura, constituyen las distintas variedades de los traumas que vamos a estudiar. El derecho se refiere al trauma siempre como *violencia.* De ahí, quizás, la expresión: "Toda

violencia es un trauma; pero el trauma no es toda la violencia que hay".

Ninguna dificultad ha de encontrar el médico que observa la lesión, ya que sus síntomas exteriores le indican con qué cuerpo vulnerante se ha producido el daño. La forma en que los traumatismos funcionan es siempre en relación con un cuerpo duro contra los tejidos, aunque las características puedan ser benignas o severas.

Luego, su presencia en el cuerpo, en la anatomía, adquiere de inmediato valor medicolegal y da pie a una investigación judicial.

Mecanismo general de los traumas

Todos los traumas que son de interés medicolegal son mecánicos, debido a que el mecanismo de producción es siempre externo. Los traumas están asociados a las enfermedades, a las emociones, al alcohol. Cuando surgen como resultados de las enfermedades respiratorias, como en algunos casos de asfixias, no tienen interés medicolegal.

Clasificación clásica de los traumas

Existe una clasificación muy clásica de los traumas. Este divide todos los traumas, según sean:

1. *Externos o percutáneos:* Son los que se producen en la parte blanda del cuerpo humano, es decir, en los músculos. Ejemplo de ellos, las heridas.

2. *Internos o subcutáneos:* Son los que se producen en la base de la epidermis o debajo de la piel, que es donde se encuentran los vasos capilares. Ejemplos de ellos, las contusiones.

3. *Mixtos:* Si son una combinación entre los externos y los internos: Ejemplo. Las explosiones.

4. *Térmicos:* Son los que se producen de acuerdo a la temperatura. Por calor: quemaduras. Por frío: heladuras.

5. *Eléctricos:* Sean por electricidad doméstica o industrial, tal es el caso de la electrocutación. Y por electricidad atmosférica, como en la fulguración.

6. *Químicos:* La intoxicación

II. Lesiones

Lesionología medicolegal

El concepto profano de *lesión* tiene su equivalente en la acepción golpe. En efecto, una lesión es una variedad de trauma caracterizada por la alteración de la salud, luego de un golpe recibido.

Lesiones contusas: tipos

Contusiones simples y complejas

Las equimosis constituyen el signo principal de las contusiones y, a su vez, determinan si éstas pueden ser simples o complejas. El valor medicolegal de la presencia de las equimosis, básicamente es para determinar la causa del daño y el cuerpo vulnerante que la ha producido. El mecanismo, por tanto, varía en cada una de estos de tipos de contusiones.

Una *equimosis* es la extravasación de sangre, o el derrame sanguíneo en los tejidos que se produce a consecuencia de un choque con un objeto contundente. De ahí que la presencia de la equimosis marca el comienzo de la variedad de la contusión, de acuerdo a factores específicos, entre los que se cuentan la forma de la equimosis (el objeto), el diagnóstico anatómico (ante-morten o post-morten), el grado de la misma (derrames sanguíneos, derrames

linfáticos). Las equimosis pueden ser *superficiales*, entre las que se encuentran las petequias (aunque las hay en un nivel que se le ha convenido en llamar *"simuladas"*, "con el objeto de legitimar la acusación de un delito o falta, sobre todo en la mujer, por succión sobre la piel de los brazos, de lo senos, y de otras partes del cuerpo). Y las equimosis *profundas*, que son debidas a los choques violentos y que responden a mecanismos complejos, en tales casos están la mordedura y la caída de un sitio muy alto. Las *contusiones simples* se han estudiado en grados, según la presencia y naturaleza de las equimosis o cardenales.

Contusiones de primer grado: Son aquellas en la que ha intervenido un traumatismo, por la compresión o mediante una pequeña rotura de vasos sanguíneos, produciendo una coloración de la equimosis de la sangre extravasada (coagulación sanguínea). Estas manchas suelen durar algunos días y desaparecer antes de los 24 días. Gracias a los cambios de la hemoglobina, en la que se va produciendo una sucesión de colores es que se puede determinar la antigüedad. Las equimosis son daños superficiales, ante-morten por excelencia, y tienen la virtud de manifestar el instrumento que se ha utilizado.

Contusiones de segundo grado: Estas están representadas por los derrames sanguíneos profundos, son hemorragias a veces voluminosas y densas, que como consecuencia de una compresión violenta en el plano óseo, pueden producirse tumores o bolsas sanguíneas, dependiendo de la vasta equimosis en la región en que se produzca. Un ejemplo clásico es el puntapié. Pero también los hematomas, el escorbuto o enfermedad de Barlow, con hemorragias gingivales, las hemorragias cerebrales, los derrames linfáticos, entre otros.

Contusiones de tercer grado: En este nivel del daño, la rotura de los vasos va acompañada de hemorragias linfáticas, cuando la

violencia ha obrado de manera casi tangencial a la superficie de la piel que se desprende.

Contusiones de cuarto grado: Constituyen desgarros de tejidos que destruyen en su totalidad el miembro. Un ejemplo común son las heridas contusas: mordeduras, arrancamientos, heridas de golpe directo, etc.

Desde otro punto de vista, las contusiones se pueden dividir en cuatro grupos: 1) la excoriación; 2) la contusión con derrame; 3) la contusión profunda sin herida cutánea y 4) la herida contusa.[58]

Los ejemplos que ofrecen tanto el primer autor como el segundo, se corresponden en su totalidad.

Otras lesiones contusas:

a) Simples:

Excoriación: Es una laceración que produce la pérdida de la epidermis. La piel se desprende por la fricción resultante del arrastre de la piel en superficies duras. Los arañazos, con forma de media luna, arqueados; los accidentes de automóviles, son más anchos por el arrastre del cuerpo sobre el pavimento, o por el deslizamiento de la rueda sobre la piel. Las excoriaciones profundas se denominan abraciones.

Equimosis: Es la extravasación de sangre en los tejidos contundidos. Tiene variadas formas debido a los cambios en la hemoglobina y a la coagulación de los glóbulos rojos.

Es una herida contusa simple, de corta edad. La consideran la "lesión ante-morten" por excelencia (Vargas Alvarado).

_____

58. Esta última clasificación la establece el doctor Nerio Rojas en *Medicina Legal.* 4ta. edición. Buenos Aires, Argentina, 1950. Pág. 76. Las contusiones de acuerdo a grados corresponden al español Víctor Balthazard, en el *Manual de Medicina Legal.* Editorial Salvat, Barcelona, España, 1906. Págs. 234-244.

Derrames: La formas clásicas de los derrames son los hematomas o tumores, las bolsas de sangres, las equimosis profundas. Son producidas por puñetazos, golpe de palo, golpe de maltillo y atropellos de vehículos pesados. El derrame sanguíneo cuando hay rotura de los vasos cutáneos y del tejido celular. En el derrame seroso la rotura tiene lugar en los vasos linfáticos.

Heridas contusas: Las heridas contusas en general es aquella que ocurre por erosiones causadas por uñas, por la acción de mordeduras, por arma de fuego, entre las más comunes. En este tipo de lesiones, un objeto romo choca o atriciona la piel y sus partes profundas. La piel se distiende, sin romperse y otras veces se desgarra. El número de objetos contundentes es infinitamente asombroso.

b) Complejas:

Mordedura: Es producida por los dientes, debido al mecanismo de la presión y la tracción. Los dientes son cuerpos incisocontundentes y la mordedura adquiere una forma cóncava con líneas equimóticas claras al ser aplicadas con fuerza..

Las mordeduras pueden ser, según la etiología:

a) defensivas: en manos, antebrazos y piernas
b) ofensivas: cara y orejas
c) eróticas: en labios, senos, genitales
d) autoinflingidas: en individuos psicópatas

Aplastamiento: Este resulta de la acción compresiva de un agente de gran peso sobre la superficie corporal, teniendo como consecuencia un severo daño en la estructura ósea y en las vísceras. Se observa en accidentes de tránsito, en la que un vehículo de gran peso aplasta los pies o manos de una persona; en accidentes

ferroviarios, en derrumbes, el accidente de tala de árboles de gran magnitud.

Arrancamiento: Resulta de mecanismos de la tracción y presión ejercidos por ciertas máquinas que por una acción violenta desprenden determinadas partes del cuerpo. Difiere de la mordedura cuya tracción la llevan a cabo los dientes de animales y de personas.

Lesiones Personales

Existen varias definiciones de Lesiones personales, en su mayoría de carácter general, debido a que de las lesiones surgen las enfermedades, y de no, éstas pueden tener un carácter transitorio. En el primer caso puede ser un proceso infeccioso; en el segundo caso, una alteración, una deformidad.

Según Pujía y Serratice, son lesiones personales «el resultado de todo los hechos o procesos violentos materiales, morales o de cualquier naturaleza, capaces de producir directa o indirectamente alguna alteración en la perfecta regular y fisiológica integridad, funcionamiento, estructuración y vitalidad de los tejidos y órganos, sin llegar a producir la muerte y siempre que el agente no tuviera intención de matar». Según, Legrand Du Saulle, cuando dice: «En medicina legal se comprende con el nombre genérico todo desorden ocasionado en nuestros órganos por la aplicación de violencia procedente de fuera de adentro. Que el desorden sea material, directamente demostrable, por nuestros medios actuales de investigación, o puramente funcional; que sea resultado de un golpe dado directamente o que dependa de una caída o de que el cuerpo haya sido empujado sobre la causa vulnerante una lesión en el sentido médico-legal de la palabra.»[59]

59. Pujía y Serratice, y Legrand Du Saule. Citado por Guilermo Uribe Cualla, en su *Medicina leagal y siquiatría forense.* Capítulo XX, *Las lesiones personales*. Editorial Temis, edición de 1971. Pág. 232.

Las lesiones personales pueden adquirir muchas modalidades. Ciertamente resultan muy variadas. Nos limitaremos a tres de ellas: Las lesiones autoinflingidas, lesiones mortales y las post-mortales.

1. Lesiones autoinflingidas: Son las heridas o daños causados por la misma persona, o causado a sí mismo. Puede ser atribuida a causas tan diversas como: atribuir responsabilidad penal o civil a otra persona; justificar el incumplimiento de un deber; reclamar alguna indemnización.

Estas heridas, superficiales o múltiples, no representan peligro de muerte, aunque puedan ser de gravedad, cuando el cálculo ha sido mal hecho por el causante. Algunos ejemplos:

- heridas por armas de fuego
- heridas de armas blancas
- quemaduras

2. Lesiones mortales: Son heridas graves o de peligro de vida; tienen carácter vital y pueden ser de dos tipos: pre-morten y post-morten. Entre las primeras, tenemos: la cicatrización o sfregio, las lesiones encefalocraneal. En las lesiones post-mortales, cuando ya la víctima es un cadáver, están: los homicidios, los accidentes y los suicidios.

3. Lesiones Post-mortales

León Thoinot, estableció una clasificación de heridas que podían producirse después de la muerte. Estas heridas eran en función de su origen, y desde su inicio podían ser de carácter accidental o bien de carácter intencional.

Entre las simplemente *accidentales* están:

1º.- Aquellas que son producidas por animales, y que son habituales cuando los cadáveres permanecen cierto tempo en forma descampado, sumergido o enterrado, y son atraído por la fuente de

alimento que supone un cuerpo muerto, causándole grandes destrozos, tanto en la superficie como en el interior;

2º.- Cuando procedan del examen post-morten de un elemento mecánico que pueden ser de gran envergadura, como puede serlo las hélices de una embarcación.

3º.- Todas aquellas lesiones que de forma excepcional, pueden producirse en la práctica de la autopsia. Al realizar un examen minucioso de lo externo del cadáver, previo a la apertura de las cavidades, pueden encontrarse golpes producidos por sus propias manipulaciones, o si hay que buscarle otro origen;

4º.- Aquellas que se pueden haber producido en la agonía, tal es el caso de una persona que sufre una hemorragia cerebral fulminante, y al perder la verticalidad, se golpea contra el suelo; o «las lesiones traumáticas de un ahorcado que, en las convulsiones previas a la muerte de ciertos tipos de asfixia, se ha golpeado contra objetos cercanos».

Entre las lesiones post-mortales con *carácter intencional*, tenemos que Thoinot, distinguió las que son de *origen médico* y las que tienen *origen criminal*.

1º.- De entre las de origen médico, las más frecuentes son las que se producen por los llamados «resucitadores mecánicos», sobre todo en muertes repentinas o en situaciones cuyo mecanismo de producción son las maniobras de reanimación. Si las lesiones producidas en el esternón o en la parrilla costal se producen, cuando ha fracaso la reanimación, éstas se deben a un «situación de irreversibilidad».

2º-. Las lesiones post-mortales, de origen criminal, pueden ser producidas por diversos motivos.

Unas veces es la intención de desfigurar el cadáver para dificultar la investigación judicial. Ejemplo de ello es la decapitación, la amputación de dedos y manos de un cuerpo.

Otras veces las lesiones halladas fueron hechas por el autor que pretende ocultar las huellas dejadas por el crimen perpetrado. Ejemplo de ello es la quema del lugar donde han producido los hechos, o arrojar el cuerpo a las vías del ferrocarril para que éste sea atropellado.

III. Las Heridas:

Se define la herida como cualquier lesión debida a un objeto cortante; la contusión es una herida si ha sido producida por un objeto contundente, y; en el otro extremo, la herida es vista como un daño sobre la piel, es decir, externo o percutáneo.

Clasificación

Según el arma:

a) Las de armas blancas:

Las heridas se producen por instrumentos punzantes, cortantes y contundentes. Gracias a ello el médico puede explorar la naturaleza de la herida, determinar el arma empleada, el fin con que ha obrado el agresor, o si la víctima ha podido ella misma causarla. La clasificación de las heridas debe ser ordenada, porque las cuestiones medicolegales son muchas y de gran interés. En principio, estamos de acuerdo con el maestro Víctor Balthazard (1906) cuando dice que las heridas pueden clasificarse de acuerdo al instrumento con que ocurran. Así tenemos, que los instrumentos punzantes, entre los que se establecen los de tallo cónico o cilíndrico, como los *alfileres o agujas, punzón, dientes, espinas de pescados, lanzas de caballería*; y aquellos cuya extremidad es irregular, como en las l*imas, floretes, palos rotos*. Los instrumentos cortantes, que seccionan tejido, sean por el filo o sea por su peso, como los *cuchillos, navajas, leznas*; si es por su peso, *el hacha y el sable*. Y

los instrumentos inciso-punzantes, es decir, aquellos que terminan en una punta, con uno de sus extremos cortantes, teniendo la capacidad de separar los elementos anatómicos. Tales instrumentos son *las espadas, los puñales y las bayonetas*. Según lo establecido, tenemos la siguiente clasificación:

Heridas incisas
Herida contuso-cortantes
Herida punzantes
Herida corto-punzante

1. *Incisas:* Son heridas pequeñas, sangrantes, producen hemorragias externas. Son producidas por instrumentos con bordes finos, afilados, que actúan por deslizamiento. Tienen bordes nítidos lineales, que se unen en extremos llamados colas o coletas. Hay una cola de entrada que es corta y profunda, y una cola de salida que es larga y superficial, por lo que ha sido denominada *"cola de ratón"*.

2. *Contuso-cortantes:* Son producidas por instrumentos como el machete o el hacha que actúan por su filo y por su peso, es decir, por presión y deslizamiento. Constan de paredes lisas.

3. *Punzantes:* Son producidas por instrumentos en punta, carentes de bordes cortantes como el punzón. El orificio de entrada, puede tener un anillo de contusión, producido por el extremo romo del instrumento y puede reproducir la sección respectiva del instrumento. Son hechas por objetos cilíndricos, largos y con punta. Hacen mucha presión sobre el tejido, afectando la elastina, y puede confundirse con la bala calibre 22, anillo de contusión, anillo abrasivo, anillo de mandamiento de la piel.

4. *Punzo-cortantes:* Son causadas por instrumentos que tienen uno o ambos lados bordes con filo y se unen en un extremo agudo. Presentan bordes lineales, curvos, unidos por un extremo agudo y otro en forma de escotadura o muesca debida al movimiento que el

agresor imprime al instrumento para extraerlo. Pueden causar la muerte por hemorragia interna. Son las puñaladas, muy cortas con respecto a la profundidad, con hemorragias internas; no hay magulladura; existen casos en que el objeto atraviesa todo el cuerpo

b) Las de arma de fuego:

1. *De acuerdo al cañón:*

De cañón corto
De cañón largo

2. *De acuerdo a la distancia*

Heridas de contacto: En los disparos de contacto las heridas que se generan son muy grandes e irregulares, tienen forma estrelladas.

Heridas de corta distancia: En los disparos de corta distancia el orificio de entrada puede presentar un contorno ondulado, con anillo de contusión y si la distancia es mayor tatuaje, quemadura y ahumamiento.

Heridas de larga distancia: En los disparos de distancias mayores. A partir de un metro de distancia, los perdigones viajan produciendo un cono llamado “Rosa de dispersión”.

3. *De acuerdo al proyectil:*

De un único orificio de entrada: Es circular cuando el proyectil incide sobre la piel en ángulo recto, y alargado cuando lo hace en forma oblicua. Forma un Anillo de enjugamiento, producto de las suciedades (polvo, lubricante) que arrastra el proyectil a su

paso por el ánima del cañón. Es negruzco y rodea el orificio. Puede faltar cuando el proyectil ha atravesado ropas.

El anillo de contusión es un reborde de dermis que rodea el anillo de enjugamiento. Puede estar ausente en disparos realizados después de la muerte.

De múltiples orificios de entrada: Son las producidas por disparos de escopeta cuya munición consiste en un cilindro de cartón conteniendo balines o perdigones.

Otras lesiones originadas por los denominados *proyectiles secundarios* de toda arma de fuego, percuten violentamente en la superficie corporal y *«proyectan también otros elementos que se generan a partir de la carga explosiva o que son secundarios a la mecánica del arma, que actúan también como fuerzas lesivas accesorias y que deben tenerse en cuenta a la hora de valorar adecuadamente este tipo de heridas (gases, fogonazos, partículas de pólvora, humo, partículas metálicas)».*[60]

Por el taco del arma: la percusión del taco puede originar una herida contusa, ya que éste puede actuar como un proyectil

Por los granos de pólvora: a través de la boca del arma, los granos de pólvora o el explosivo del que está provisto, salen.

Por las partículas metálicas: Está constituido por las partículas de pólvora no quemada incrustada en la piel. Se presenta como una zona de pequeños puntos grisáceos parecidos a un acné.

60. José Delfín Villalaín Blanco. *Apuntes de Medicina Legal Criminalistica*. Editorial Artes Gráficas, Madrid, España, 1975.

Por el humo: Un anillo de humo sobre la superficie dérmica, los gases que salen del cañón desgarran la piel en forma irregular, y el humo lo ennegrece. El humo calca el tejido de la pieza externa sobre la subyacente. En algunas oportunidades el calcado ocurre sobre la misma piel.

Etiología medicolegal de las heridas:

De acuerdo a su etiología medicolegal, las heridas se clasifican en: homicidas, suicidas, pudiendo tener señales de haber ocurrido ante-morten o post-morten, y finalmente en heridas accidentales.

1) Homicidas:

Las heridas homicidas son incisas, sea que ésta ocurra de forma tal que apunte a motivos pasionales, de herida de defensa o en puntos inaccesibles para la víctima. Asimismo, las heridas múltiples, especialmente si éstas se encuentran esparcidas por el cuerpo y son profundas son indicadoras de homicidio. El hecho de que una o ambas manos de la víctima estén manchadas de sangre indica homicidio; cuando en la víctima existió la actitud instintiva de llevarse las manos a la herida, se interpreta como herida homicida.

Heridas de defensa

Generalmente se encuentran en el pliegue de la mano entre los dedos pulgares e índice en la palma o dorso de la mano, o en el borde cubital de los antebrazos. Se observan sobre todo en agresiones con arma contuso-cortante o punzo-cortante. Las heridas de defensa indican reacciones defensivas en víctimas de homicidio o agresión con arma blanca.

En ocasiones de acciones agresororas, son frecuentes las mordeduras defensivas. Las áreas más frecuentes son la mano, el brazo, la cara y el tórax.

Heridas pasionales

Son heridas mayores, en los glúteos, en la cara, la vulva. Dentro de las heridas pasionales con fines suicidas, están las de vacilación, que se manifiestan por ser pequeñas incisiones simétricas. Cuando tienen fines homicidas son profundas, con ensañamiento, ubicadas en los puntos eróticos del cuerpo.

Heridas de lucha

Los daños en el cráneo y en otras partes del cuerpo no siempre son indicios de venganzas, de rencillas personales. Las heridas de lucha, es decir, de combate, se caracterizan por un patrón desordenado de lesiones múltiples, con objetos inciso-contusos, a veces con los propios puños, dientes, uñas.

2) Heridas suicidas:

En las heridas suicidas usualmente están situada en las caras antero-laterales del cuello, pliegues del codo, cara anterior de la muñeca, región precordial y cara interna del tobillo. En casos de las armas de fuego, la localización en región temporal, paladar, y región precordial, así como cuello en el caso de armas largas suugieren suicidio. La dirección del disparo de abajo hacia arriba; en los casos del espasmo cadavérico.

El degüello puede ser suicida, en los casos en que la herida es curva y empieza en la cara antero-lateral izquierda para los diestros o derecha para los zurdos.

Heridas de vacilación

Son superficiales y paralelas. De etiología suicida, por lo que se consideran un indicio de suicidio. Se hallan frecuentemente en la cara anterior de las muñecas, en el pliegue del codo, en la cara interna de los tobillos, o en una de las caras del cuello.

3) Accidentales:

Son las heridas o traumas que se produce uno mismo o que puede ser cometido por otra persona. Puede ocurrir en el medio vital del hogar o en un medio laboral.

Heridas múltiples:

Heridas por fracturas de huesos, se manifiestan como heridas punzantes, debido a las esquirlas óseas, a nivel de las costillas, del fémur, en la que el hueso se convierte en un objeto filoso.

IV. Medicina legal laboral: Concepto

Accidentología laboral

El concepto medicolegal de accidente de trabajo es, en realidad, complejo, ya que abarca hechos patológicos de distintas naturalezas. Pero, ante todo, el *accidente* es un hecho imprevisto y súbito (de ahí la palabra accidental), provocando en el organismo una lesión física. Nos referimos a que al momento de la valoración

jurídica, se deben tomar en cuenta, en primer lugar, ciertos criterios frecuentemente conocidos como fenómenos de carácter *traumáticos*, porque la región donde está asentado reviste una gran importancia; los factores *físicos*, como son el calor, las radiaciones, la electricidad; algunos, igualmente frecuente, son los fenómenos *químicos*, como los ácidos cáusticos, plaguicidas, sustancias tóxicas; los fenómenos de naturaleza *psicológica*, como las neurosis de ansiedad, fobias, psicosis, u otras patologías reactivas, sirven al menos para entender que los accidentes de trabajos son productores de otras lesiones más graves.

Los accidentes debido a la electricidad, calor, radiaciones, rayos X, se caracterizan por quemaduras, no siendo común las mutilaciones ni la muerte; el peritaje debe ser muy cuidadoso. En las explosiones y en los incendios, es característico en la liberación de calor, gases tóxicos, etc.; los daños causados pueden ser curables después de un cierto tiempo, o ser funestos en forma definitiva.

El resultado de los accidentes de trabajo se evalúa en grados, en *anamnesias* sospechosas, razón por la cual pueden ofrecer dificultades al momento de decidir acerca de su curación. Así tenemos, se producen lesiones, aunque sean inexactas, y en otras se producen incapacidades, aunque éstas sean exageradas. Las lesiones pueden incapacitar para el trabajo manual; en cambio, pueden no ser un impedimento para la vida social.

Ley General de la Seguridad Social, que en realidad es un texto refundido, en el Real Decreto Legislativo 1/1994, BOE, Madrid, ha definido el accidente de trabajo como *«toda lesión corporal que el trabajador sufra con ocasión o por consecuencia del trabajo que ejecute por cuenta ajena»*.

Igualmente se considera accidente de trabajo *«los que sufra el trabajador al ir o volver del lugar de trabajo, las enfermedades contraídas por motivo de la realización del trabajo, los que son debidos a las tareas que, aun siendo distintas a las de su categoría profesional, ejecute el trabajador en cumplimiento de las órdenes*

del empresario o espontáneamente en interés del buen funcionamiento de la empresa».[61]

Enfermedades profesionales:

Las enfermedades profesionales distan mucho del simple accidente de trabajo, y también son consideradas una realidad compleja.

En conjunto, puede decirse que los accidentes de trabajo considerados como lesiones profesionales, en dependencia de factores tales como:

1. Acción súbita de una causa exterior sobre el cuerpo humano;
2. Esfuerzo anormal;
3. Que ocurra en el trabajo o en ocasión del trabajo.

La diferencia entre accidente de trabajo y enfermedad laboral es que a veces el primero es un hecho incontestable, ya que existen testigos que lo acreditan; en las enfermedades profesionales, las causas operan de manera lenta y después de haber ocurrido el tiempo del traumatismo. Para el perito este asunto reviste gran importancia, ya que puede suceder que *«la muerte sobreviene bruscamente en el curso del trabajo y sin traumatismo ni esfuerzo anormal comprobados por testigos. Solo la autopsia puede resolver estas dificultades...».*[62]

61. Víctor Balthazard. *Manual de Medicina Legal.* Op. Cit. Pág. 296.
62. Víctor Balthazard. Ibídem. *Op. Cit.*

Grados de invalidez:

Invalidez: En la modalidad contributiva, es invalidez permanente la situación del trabajador que, después de haber estado sometido al tratamiento prescrito y de haber sido dado de alta médicamente, presenta reducciones anatómicas o funcionales graves, susceptibles de determinación objetiva, y previsiblemente definitivas, que disminuyan o anulen su capacidad laboral.

a) Incapacidad temporal, como la lesión que esté curada dentro del término de un año;

b) Incapacidad parcial permanente para la profesión habitual, que al ser dado de alta el obrero, deje a éste con una inutilidad que disminuya su capacidad para el trabajo a que se dedicaba al ocurrir el accidente;

c) Incapacidad permanente y total para la profesión habitual, toda lesión que después de curada, deje una inutilidad absoluta para todos los trabajos de la misma profesión aunque pueda dedicarse a otra profesión u oficio;

d) Incapacidad permanente y absoluta para todo trabajo, aquella que inhabilite por completo al obrero para toda profesión u oficio.

Casi todas las normas vigentes reconocen que en la evaluación de incapacidades permanentes por accidentes de trabajo y enfermedades profesionales se exigen la concurrencia de los siguientes aspectos:

a) La existencia de un accidente de trabajo o de una enfermedad profesional debidamente reconocida en la norma laboral vigente;

b) La presencia de una disminución de la anatomía funcional definitiva, irreversible y medible que debe ser la consecuencia del siniestro laboral señalado antes;

c) El daño deberá ser medido de acuerdo a lo establecido en las tablas de incapacidades laborales que se contempla en la ley laboral y/o seguros de enfermedad;

d) El grado de incapacidad laboral permanente debe ser el resultado de la aplicación de las tablas mencionadas y de los factores de ponderación que permitan establecer diferencia de casos;

e) Los criterios de ponderación deben ser especificados para que su uso sea uniforme por parte de todas las Comisiones Médicas Evaluadoras y situarse en una escala que permita flexibilizar su aplicación.

Estas discapacidades se establecen de la forma antes descrita para los fines de indemnizaciones por accidentes de trabajo. Desde el punto de vista medicolegal, el principal interés en el ámbito laboral está en dilucidar el grado de discapacidad existente en el trabajador, y en valorar cómo repercute ésta en el desempeño de su actividad laboral.

V. Accidentología forense

Accidentes de tránsito

Concepto: Es todo suceso eventual o acción producida por un móvil o por un peatón, con resultados que conforman daños para las personas, y para las cosas. En todo accidente de tránsito importan los siguientes elementos:

a) Suceso eventual: contingencia cuya producción va a depender de los factores que intervienen en el accidente.

b) Unidad de tránsito dinámica, activa: Para algunos ingenieros en tránsito, los peatones son parte de una unidad de tránsito.

c) El hecho debe ser producido como consecuencia o con ocasión del suceso eventual y estas necesidades de tránsito dinámicas.

d) Debe existir un daño a la salud de las personas o meramente materiales.

Para los expertos, el accidente de tránsito se produce cuando las dudas del entorno presentan ante el conductor una situación que excede su capacidad de reacción.

Las víctimas fatales están relacionadas a personas que fueron embestidas por vehículos en marcha por carreteras, choques entre vehículos del transporte público, muchas incidencias de las motocicletas, que en la mayoría de los casos, los conductores ingieren bebidas alcohólicas. A veces el común denominador es la alta velocidad, las condiciones de las calles, del vehículo. Son manifestaciones comunes de accidentes: las colisiones, atropellos, estrellamientos y vuelcos. Luego viene la cuestión de los accidentes analizados en perspectiva, si éstos se están incrementando, según avanzan los años, para ser eficaces en la prevención de sus causas.

En el plano de la accidentología forense, el punto de partida es la observación del lugar del suceso, que además está compelido de un examen pericial del vehículo, de las características del neumático, de las lámparas, o de la parte del vehículo que embistió o recibió la fricción.

En los estudios forenses de accidentes de tránsito, y en general (hogares, laborales o siniestros), se analizan las circunstancias de los principales factores desencadenantes. Eso se considera como la primera etapa; luego se continúa con otra fase en la que se documenta la escena gracias a la fotografía, se lleva a cabo un levantamiento planimétrico, mecánico, se incautan aquellos elementos y partes de interés del vehículo útiles para la investigación.

Luego le siguen la recolección de las huellas de todo tipo (es lo que se conoce como trazas), deformaciones, rastros y vestigios, posiciones finales.

El uso del tacógrafo, un aparato empleado para determinar la mecánica del hecho, sirve para formalizar de manera integral el análisis del accidente.

Clasificación:

1) Dependiendo de su ubicación geográfica:

Urbanos: cuando ocurre dentro del radio urbano de cada ciudad. Tienen la particularidad de ser de bajo índice de conmoción, y en su mayor parte de baja repercusión.

Rurales: enorme repercusión y causan conmoción, todo ello asociado a las altas velocidades en que se desarrollan.

2) Según consecuencias:

Accidente con resultado de muerte
Accidente con resultado de lesión
Accidente con resultado de daños

3) Según ciudades de tránsito que intervienen:

a) *Accidente simple:* participa solo una unidad de tránsito. Ejemplo: despiste, volcamiento, caída o precipitación.

b) *Accidente complejo:* participan dos o más unidades de tránsito y uno o más peatones Ejemplo: choques, aplastamientos.

Factores que intervienen en el accidente de transito:

- *Factor Humano:* son el conductor y/o peatón. Está conformado por las causas que originan las conductas viales de los usuarios del sistema.

- *Factor circundante o del entorno:* Condición del medio vial, las señales de tránsito.

- *Factor mecánico:* condición, edad y control del parque automotriz.

- Factor de la vía tanto en lo que se relaciona con las aceras y calzadas en calles, aceras y bermas en carreteras.

- *Factor ambiental:* condiciones climáticas.

- *Factor relacionado con la reglamentación:* modernamente lo han agregado los ingenieros en transporte, y se refiere a una errónea, deficiente o mala interpretación de la reglamentación.

Causas de los Accidentes de Tránsito

Causas inmediatas o perpetuantes: Aquellas que tienen un vínculo o relación directa con el efecto (accidente). Generalmente obedecen a la imprudencia de los conductores y/o peatones. Se subdividen en:

Causas basales: están en directa conexión con el resultado, o sea, están produciendo el resultado.

Causas concurrentes: están conectadas al efecto pero que por sí solas no pueden producirlo.

Causas mediatas o condicionantes: Aquellas que en el tiempo, lugar o grado están separadas del resultado por una causa intermedia o desencadenante. Así, en sí misma, no son las determinantes en la producción del resultado.

Otras causas frecuentes en los accidentes de tránsito:

Relativas al vehículo:

- Fallas mecánicas
- Condiciones mecánicas
- Edad del parque automotriz

Relativas a la carretera:

- Existencia de baches en el pavimento
- Trabajos en la vía sin señalización, con señalización errónea o la manutención de señalización sobre trabajos que no existen.

- Mal diseño geométrico.

Relativas al clima:

- Limitaciones de visibilidad
- En general, disminución de las condiciones de seguridad dinámica.

Relativas a la reglamentación: son las que tienen más importancia, ya que nunca se cumplen.

Relativas a los conductores:

- Defectos físicos no compensados: encandilamiento, fatiga visual, deficiencias acústicas, fatigas en general.
- Enfermedades: epilepsia, hipertensión, las que sean tratadas por psicofármacos.

* *(Factores:* toda agrupación de causas que tienen origen similar, generalmente se aceptan como factores de los cuales dependen la seguridad vial):

---

* Muchas Estadísticas aparecen en medios masvios de comunicación. Colisiones, atropellos, estrellamientos y vuelcos son las manifestaciones clásicas de los accidentes de tránsito terrestre. Solo en lo primeros once (11) meses del año 2005 cobraron las vidas de 1,185 personas. Las siguientes estadísticas fueron suministradas por el Departamento de Tránsito de la Policía Nacional. Las muertes por accidentes automovilísticos en todo el territorio nacional se incrementaron en 2,298 víctimas, con relación a la década pasada. Entre el período que comprende el 1990-1999, la cifra alcanzó los 3,031. El período del 2000-2004 fue de 5,329 por las mismas causas.

Una Fuente: *Departamento de Tránsito de la Policía Nacional/Listín Diario.* Adriana Peguero. 17/12/2004. *Causas:* las víctimas fatales están relacionadas a personas que fueron embestidas por vehículos en marcha en momento en que intentaban cruzar una autopista, calle o avenida, obviando los puentes peatonales ubicados en zonas donde por lo regular los vehículos viajan a altas velocidades. En cuanto a los decesos, se produjeron en aparatosos choques entre vehículos del transporte público, vehículos privados, patanas, camionetas y motocicletas, que en la mayoría de los casos, los conductores habían ingerido bebidas alcohólicas.

Investigación en desastres: identificación

Los desastres naturales tienen un común denominador: una enorme cantidad de víctimas mortales. En principio, no es importante la etiología medicolegal que las provocó. Ha ocurrido un huracán, un derrumbe, una inundación, en fin… catástrofes más complejas que las que causan los incendios, accidentes aéreos, guerras o siniestros humanos que no entran en la categoría de desastre natural.

Al abordar el tema de los levantamientos de cadáveres en desastres naturales, las autoridades llevan a cabo las autopsias; ellas son muy importantes, y, además obligatorias.

¿Quién está autorizado a levantar los cadáveres?, y luego, ¿si es obligatoria la autopsia de muertes violentas sucedidas en desastres naturales, cómo procede con los cadáveres? Estas interrogantes son de uso ordinario para los forenses, porque el crimen campea en todas las circunstancias humanas. Y porque la investigación de una escena de muerte es lo que otros entienden como el desastre. La ley es clara al decir que nadie puede manejar los cadáveres en tales situaciones, sólo el organismo que hace las funciones de Policía Judicial, es decir, el Instituto Nacional de de Patología Forense, que es donde se hacen las autopsias. Se recomienda que dicha institución sea miembro orgánica de la Comisión Nacional de Emergencia, o del Centro de Operaciones que da la alerta de huracanes, u otros desastres.

Bien, para evitar errores cometido en el pasado con respecto al manejo de los cadáveres, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), tiene preparado desde hace muchos años ya, un manual de amplio conocimiento, ya que él mismo fue elaborado por expertos de las ciencias forenses, para analizar el rol del Estado, de la ciudadanía, de las tantas acciones derivadas al manejar los cuerpos humanos muertos, o cadáveres, los cuales constituyen, junto a la atención de los sobrevivientes y el mantenimiento de los servicios básicos, los pilares fundamentales de la respuesta a un desastre.

Dice en su texto: “Esta publicación proporciona un soporte técnico que justifica las acciones del Estado para un correcto manejo de los cadáveres, tomando en cuenta las siguientes premisas”:

- El cadáver producto de un desastre no constituye un riesgo infeccioso;
- Nunca se deben enterrar a las víctimas en fosas comunes;
- Bajo ningún punto de vista se debe proceder a cremar masivamente los cadáveres, en contra de las costumbres culturales y normas religiosas de la población, y;
- Finalmente, es necesario agotar todos los esfuerzos para lograr una identificación de los cuerpos y, en última instancia, disponer/ubicar los cadáveres en nichos, trincheras o zanjas individuales, lo cual constituye un derecho humano básico de los familiares sobrevivientes.

Luego la organización acreditada hará pública una lista de los occisos identificados para que la ciudadanía pueda recuperar dichos cuerpos y darle sepultura.

Existen muchos mitos alrededor del manejo de los cadáveres. Por nuestra parte, es casi un deber decir, que esas tareas son muy complejas, y ameritan de manera obligatoria el concurso de los Institutos de Medicina Legal, el Ministerio Público, la Defensa Civil, las Fuerzas Armadas y, en general, de todos los especialistas en el tema de desastres y manejo de cadáveres.

VI. Las asfixias mecánicas

En este apartado no estudiamos las asfixias, que constituyen lesiones aún más específicas que las reconocidas durante el desarrollo del presente capítulo. Se le llaman asfixias mecánicas o primitivas, en virtud del mecanismo externo que las producen. El próximo capítulo lo dedicamos a este tema.

Estas pueden presentarse en condiciones distintas y variadas:

1) Por un obstáculo en lo interno de las vías respiratorias impida la entrada del aire (*atragantamiento, sofocación dolosa*);

2) Por un obstáculo exterior que se oponga a la entrada del aire (*ahorcamiento, estrangulación)* y,

3) Por el medio respirable en el que falta el oxígeno (*sumersión, sepultamiento, gas carbónico, óxido de carbono)*.

VII. Agresiones sexuales

Las lesiones sexuales son heridas por desgarros con laceraciones múltiples, que se estudian dentro de las contusiones complejas. Los problemas que gravitan en torno a la vida sexual, los del aparato reproductor (embarazo, parto), los del acoplamiento de los sexos (abuso sexual, ultraje) y los delitos de la sexualidad (aborto, violación, infanticidio) se tratarán en un apartado especial por considerarlo más convenientes.

Capítulo V

ASFIXIOLOGÍA FORENSE

Asfixiología Forense. I. Asfixia; Concepto y sus tipos; Etiología medicolegal; Clasificación de las asfixias; Por obstrucción del oxígeno al interior de las vías respiratorias; Por obstrucción de un obstáculo que impida el oxígeno a las vías respiratorias; Por falta de oxígeno en el medio respirable; II. Asfixia por compresión de cuello; Ahorcamiento; Signos externos del cadáver; Estrangulación; Signos externos del cadáver; III. Asfixia por sumersión; Signos específicos; Signos inespecíficos; Enterramiento o sepultamiento; Signos externos en el cadáver; IV. Asfixia por Sofocación; Atoro o atragantamiento; Signos externos en el lugar del suseco; Signos externos en el cadáver;El Confinamiento; Signos externos; Enterramiento o sepultamiento; Signos externos en el cadáver; Asfixia por óxido de carbono; Asfixia por gas del *alumbrado; Asfixia por el gas de las letrinas; Asfixias por gases de combate; Asfixias por posición.*

I. Asfixiología forense

La asfixiología forense se ocupa exclusivamente de las asfixias por acción mecánica o primitiva, ya que la primera causa de la muerte por asfixia siempre es la anoxia, sin importar que ésta ocurra de manera rápida o lenta. Las asfixia que no son del interés medicolegal, son las que se producen a consecuencia de una enfermedad cardiaca o respiratoria, por un incidente traumático, como en las hemorragias; de manera particular estudiaremos las asfixias que se producen como consecuencia de gases tóxicos, de manera circunstanciadas, como por ejemplo el caso de un obrero

que descuida un cilindro de gas en una habitación donde está trabajando, o en casos de ebrios, epilépticos y enfermos mentales que quedan atrapados en lugares muy confinados.

Con el nombre de asfixiología forense debemos entender el estudio medicolegal completo de las asfixias que ocurren de forma *rápida, violenta, brutal y trágica,* y todas las formas en que éstas se producen. En ese sentido, las características que ellas presentan sirven para establecer un conjunto de clasificaciones, y sus correspondientes etiologías.

En este capítulo se estudiarán los principales tipos de asfixias mecánicas, el diagnóstico medicolegal, así como los caracteres comunes que sirvan para evitar errores en el informe sobre la verdadera causa de la muerte por asfixia. En algunos casos es fundamental establecer la condición del cartílago tiroideo y el hueso hiodes.

Asfixia: Concepto y sus tipos

La asfixia es la interrupción o el cese de oxígeno que conlleva el flujo sanguíneo al cerebro. Inicialmente el término se usó para las «muertes repentinas acompañadas de paro cardiorrespiratorio»; en la actualidad se ha relacionado con *«dificultad o detención de la función respiratoria»*. En medicina legal, se habla de asfixia, siempre que la anoxia o hipoxia anóxica sea consecuencia de una respiración en una atmósfera pobre en oxígeno debido a una insuficiencia respiratoria por un trastorno ventilatorio. Cuando se añade al término la palabra *"mecánica"*, lo que se está indicando es que, tanto la suspensión, el déficit de oxígeno, como el trastorno ventilatorio se deben a un impedimento estrictamente mecánico o de movimiento.

Etiología medicolegal

Puede ser accidental, suicida y homicida. Existen seis tipos de ellas. De acuerdo a como lo indica Uribe Cualla, *«la asfixia*

puede sobrevenir mediante la sofocación por obstrucción de los orificios respiratorios, la estrangulación, el ahorcamiento o suspensión, la sumersión, el enterramiento y la compresión del tórax».[63]

Las asfixias casi siempre tiene un carácter accidental o suicida, debido a las circunstancias propias de los hechos; las más frecuentes son el ahorcamiento, la sumersión, ya que raras veces indican posibles lesiones previas, por la caída o los cambios *post-mortem.* Las asfixias homicidas son excepcionales, y existe en ellas una evidente desproporción de fuerzas entre víctima y agresor. Un ejemplo preciso de ellas es la estrangulación, que nunca existe en forma accidental ni suicida, sino homicida, la cual puede llevarse a cabo por medio de un lazo, las manos, el antebrazo o cualquier otra estructura rígida.

Clasificación de las asfixias

Entre las modalidades de asfixias mecánicas tenemos:

1. Por obstrucción del oxigeno al interior de las vías respiratorias:
- Boca y nariz (sofocación).
- Cuello (ahorcadura y estrangulación).

2. Por obstrucción de un obstáculo exterior que impida el oxigeno a las vías respiratorias:
- Por compresión toraco-abdominal
- Por introducción forzada de un cuerpo extraño: Atoro o atragantamiento.

_____
63. Uribe Cualla, Guillermo. *Medicina Legal, Toxicología y Siquiatría Forense.* Capítulo XXIV; Introducción a la Asfixiología. Editorial TEMIS, 11ma. edición. Colombia, 1981. Pág. 333.

3. Por falta de oxigeno en el medio respirable:

- En un medio líquido o semi-líquido: sumersión

-En un medio sólido: enterramiento o sepultamiento

- En un medio gaseoso: ácido carbónico, óxido de carbono, ácido sulfihídrico.

II. Asfixia por compresión de cuello: el ahorcamiento, la estrangulación

El ahorcamiento:

Es la muerte producida por la constricción del cuello, ejercida por una cuerda* sujeta a un punto fijo, sobre el cual ejerce tracción el propio peso del cuerpo. De acuerdo a la posición del nudo y la del nudo es que se establece el tipo de ahorcamiento. Las cuerdas* pueden ser blandas o duras y pueden ir cerrados por medio de un nudo fijo o corredizo. Así tenemos, que ésta puede ser:

a) *Completa:* Todo el cuerpo se encuentra suspendido en el aire.

b) *Incompleta:* Existe contacto más o menos amplio del cuerpo con el plano de sustentación.

c) *Simétrica:* Cuando el nudo se encuentra en la línea media del cuello.

- Atípica: el nudo está por debajo del mentón
- Típica: el nudo está en la parte media de la nuca.

d) Asimétrica: Cuando la posición del nudo puede adoptar cualquier otra posición.

---

* Como *"cuerda"*, pueden emplearse los más diversos objetos: lazos, pañuelos, sábanas, corbatas, cintos, prendas de ropas, alambres, ramas de árboles.

La ahorcadura es una forma de estrangulación. Cuando es producida por el lazo, la fuerza que se ejerce en el cuello por el peso del cuerpo, libre de la fuerza gravitacional, guarda relación con la ubicación del nudo, por la suspensión del cuerpo y por la marca que deja la cuerda en la piel del cuello. En ese sentido, puede subdividirse en:

Nudo distal: Es el nudo que sostiene la cuerda.

Nudo proximal: Es el que está cerca del cuello. Puede ser fijo o corredizo. Es ahorcadura típica, cuando este nudo se encuentra sobre la línea media posterior del cuello. Todas las demás ubicaciones del nudo, sean laterales o debajo del mentón corresponden a ahorcaduras atípicas.

De acuerdo a la suspensión del cuerpo, se subdividen en:

a) Suspensión completa: Se da cuando el cuerpo no toca el suelo.

b) *Suspensión incompleta:* Se da cuando el cuerpo se apoya en el suelo.

De acuerdo al surco, tenemos decimos que son:

Surco duro: La cuerda queda estampada sobre la piel.

Surco blando: Cuando la marca de la cuerda es superficial y aún puede desaparecer.

Los casos más frecuentes son de ahorcadura suicida. La ahorcadura accidental se observa en niños y en individuos en estado de ebriedad o por prácticas auto eróticas, caso en el cual el cuello suele estar protegido con alguna pieza de tela y el cuerpo desnudo o semidesnudo. La forma homicida es rara. En este caso la víctima puede mostrar lesiones o intoxicación causadas para reducirla a la indefensión y desorden en el sitio del suceso.

Signos externos del cadáver

a) Surco de ahorcadura
- Es oblicuo e incompleto por el nudo proximal
- Por lo común es pálido y apergaminado en su fondo
- Con bordes congestivos
- Puede reproducir el trenzado de la cuerda.

b) Rostro:
- Es pálido cuando ha habido compresión asimétrica
- Puede ser azul, al impedirse el desagüe venoso por la presión de la cuerda, mientras se mantiene la irritación arterial
- Puede encontrarse saliva en la comisura labial del lado que queda más bajo
- La lengua puede estar saliente y expuesta a la desecación.
- Livideces. Se presentan en la mitad inferior del cuerpo, debajo del ombligo, incluidas las manos
- Genitales masculinos: puede presentarse erección por congestión pasiva de la médula espinal baja y salida de semen por relajación de esfínteres.

La estrangulación:

Es la constricción del cuello mediante la aplicación de una fuerza activa que actúa por medio de un lazo, las manos, el antebrazo o cualquier otra estructura rígida. En esta modalidad de asfixia, la compresión del cuello puede mediante una cuerda alrededor del cuello, por las manos de un agresor o por un objeto cilíndrico y largo. La estrangulación tiene dos modalidades:

a) A lazo, y
b) A mano.

En la estrangulación a lazo, la constricción del cuello se efectúa por medio de corbatas, cinturones, medias, cables eléctricos, con algún procedimiento diferente al de la ahorcadura.

En la estrangulación a mano, la muerte por asfixia ocurre por los mismos mecanismos que en los casos anteriores, sólo que en el examen externo aparecen los *estigmas ungüeales*, que son equimosis redondeadas producidas por el pulpejo de los dedos, las excoriaciones provocadas por las uñas, de forma semilunar.

La forma más frecuente de la estrangulación es la homicida, especialmente con la variedad manual. La suicida sólo es factible con la estrangulación a lazo. La accidental puede ocurrir en cualquier de las dos variedades anteriores.

Signos externos en el cadáver:

Cara:

- Cianótica y tumefacta.

Cuello:

- Surco de estrangulación completo, horizontal y por debajo del cartílago tiroides o Nuez de Adán, en la estrangulación por lazo.

En las partes anteriores y laterales del cuello pueden encontrarse marcas por presión (equimosis).

- Estigmas ungüeales en la línea oblicua hacia abajo y atrás si el agresor estaba enfrente, y oblicuo hacia abajo y adelante si estaba detrás, en la estrangulación manual.

Extremidades:

- Contusiones por lucha en la estrangulación homicida.

En la lengua:

- Mordeduras que se producen al ser proyectada la lengua entre los dientes.

III. Asfixia por sumersión

Es la muerte o trastorno patológico producido por la introducción de un medio líquido, generalmente agua, en las vías respiratorias; siendo en el primer caso sumersión primaria y en el segundo sumersión secundaria. Se produce cuando el aire de los pulmones es reemplazado por un líquido que penetra a través de la boca y la nariz, por efecto de sumersión.

La sumersión puede presentarse en dos formas, completa e incompleta. Es completa cuando todo el cadáver está sumergido en el medio líquido. En cambio es incompleta cuando sólo están la boca y la nariz. Usualmente es accidental. La sumersión suicida y la sumersión homicida son poco frecuentes

Signos externos específicos:

- Cianosis generalizada (piel azulada o púrpura).
- Enrojecimiento de conjuntivas bulbares (ojos rojos)
- Hongo de espuma en boca y nariz, que se forma en la fase de inspiraciones profundas, es una mezcla de aire, líquido y moco.

Signos externos inespecíficos:

- Cuerpo y ropa húmedos por el líquido de sumersión.
- Blanqueamiento y arrugamiento de la piel en palmas y plantas (piel de lavandera), es parte del fenómeno de maceración y va seguido del desprendimiento de uñas y epidermis.
- Cutis anserina (piel de gallina), debida a la rigidez cadavérica de músculos pilo erectores.
- Contusiones agónicas o post-mortem en la frente, dorso de la nariz, codos, dorso de manos, rodillas y dorso de pies.

En ahogados en los que la muerte data de días, además podemos encontrarnos con los siguientes fenómenos:

a) Lividece en rostro y región esternal, se deben a la posición decúbito ventral.
b) Signo de Lecha-Marzo, que consiste el oscurecimiento del color de la piel en el rostro e hinchamiento.
c) Caída de uñas
d) Desprendimiento de epidermis.
e) Fenómenos de putrefacción y maceración.

IV. Asfixia por sofocación

La sofocación es una asfixia que consiste en la oclusión de las vías respiratorias, puede ser directamente por medio de un objeto, o indirectamente, mediante la compresión del tórax que hace imposible los movimientos respiratorios. La sofocación directa puede es *accidental*, cuando un determinado objeto "intercepta" la entrada del aire. Por ejemplo, alguien que sufre un ataque y cae de bruces sobre una almohada, un niño que se enreda en ropa de cama o se queda dormido al mamar y la madre lo aprieta con fuerza. La sofocación directa es *criminal*, en los casos en que alguien deliberadamente tapa con fuerza la boca y la nariz, durante un tiempo suficiente para producir la muerte por asfixia.

La sofocación indirecta puede ser accidental y criminal. En la forma *accidental* la observamos en derrumbes, cuando el tórax es comprimido por una masa pesada de piedras, de tierra, en las "apretazones" en la que un individuo es comprimido por otras personas que le impide respirar. Puede ocurrir en los niños pequeños que duermen con adultos, en los que un descuido hace presionar el tronco del infante hasta asfixiarlo. La sofocación indirecta *criminal* puede tiene lugar cuando existe la intención de enterrar vivo a un individuo, o por fuerte compresión de las rodillas en el pecho, con el peso del todo el cuerpo, tapándole la boca y la nariz. En esta

modalidad la asfixia se demora, por la desproporción de fuerzas entre la víctima y el victimario y muchas veces no llega a producirse; aunque está la opción de que ésta ocurra en niños, en personas que han perdido el conocimiento, o que no están en aptitud de defenderse, como por ejemplo, los enfermos que yacen en los hospitales.

Entre las modalidades de las asfixias por sofocación, tenemos:

a) Por la oclusión de las vías respiratorias
b) Por obstrucción de las vías respiratorias
c) Por inmovilización del tórax
d) Por aire inadecuado.

a) Sofocación por oclusión de las vías respiratorias

El Atoro o atragantamiento: Es la deglución o penetración en las vías respiratorias de un bocado, de una dentadura postiza o de un objeto cualquiera puesto en la boca y deglutido por sorpresa. Su ocurrencia es de tipo accidental y criminal.

En el primer caso se observa en personas que con la boca llena reciben una gran sorpresa y son obligadas a una fuerte inspiración, o pueden ser golpeadas sorpresivamente en el momento de la masticación. Puede ocurrir en pacientes mentales con problemas para deglutir que se distraen al comer. La muerte que se genera en estos casos es de carácter súbita, pero en la autopsia se puede encontrar, en la laringe o en la tráquea, el objeto que obstruyó la corriente de aire. Cuando es homicida se lleva a cabo metiendo en la boca y la nariz de forma forzada, objetos que pueden alcanzar las vías respiratorias. Es común el uso de mordazas, tela adhesiva, almohadas, las manos y los dedos del agresor.

Puede ser accidental, como en el caso de recién nacidos, ebrios y epilépticos que se quedan dormidos o inconscientes con el rostro sobre objetos blandos. La forma suicida es muy extraña.

Signos en el sitio del suceso:

En los casos de obturación sobre una cama, pueden encontrarse ropas humedecidas por saliva o sangre.

Signos externos en el cadáver:

- Rastros de tela adhesiva en el rostro
- Estigmas ungüeales alrededor de la boca y la nariz
- En la parte interna de los labios pequeñas heridas causadas por la presión contra los dientes anteriores.

b) Sofocación por obstrucción de vías respiratorias

Se produce por un cuerpo extraño que se atora en las vías respiratorias. Suele ser accidental en niños por aspiración de objetos pequeños (juguetes, semillas, botones) y en adultos por alimentos sólidos poco masticados. La forma homicida se logra mediante la introducción de trapos en la boca, por lo general como parte del empleo de mordazas.

Signos son los generales de la asfixia y el cuerpo extraño en las vías respiratorias.

c) Sofocación por compresión toraco-abdominal.

Es causada por la inmovilización de la pared del tórax y del abdomen. La forma accidental surge con mayor frecuencia en derrumbamientos, conductores comprimidos entre el volante y el respaldo de su asiento en accidentes de tránsito terrestre.

Signos externos del cadáver:

- Cianosis y tumefacción de cara, cuello y hombros
- Petequias en escleróticas, conjuntivas y piel peri-orbitaria
- Hemorragias en la retina
- Signos de aplastamiento en tórax y abdomen

d) Sofocación por carencia de aire respirable

El Confinamiento. Es la asfixia debida a la permanencia en un espacio cerrado sin ventilación. Generalmente es accidental.

Se registran casos suicidas mediante el confinamiento dentro de un refrigerador en desuso. La manera homicida se presenta en algunos casos de infanticidio. El recién nacido es colocado dentro de una bolsa plástica o de una caja.

Signos externos:

- Sudación
- Desgaste de uñas cuando la víctima ha intentado liberarse
- Eyecciones por dilatación agónica de esfínteres.

El sepultamiento: El sepultamiento es, sin duda, un tipo de asfixia accidental. Esta se produce al ser cubierta la víctima total o parcialmente por tierra, granos o arena, de manera tal que es excluido el aire de las vías respiratorias.

Signos externos:

- El rostro o toda la superficie del cadáver están recubiertos por restos del medio.
- Se encuentran restos del medio dentro de la boca y la nariz, en el estómago.

Otras asfixias muy particulares son las causadas por gases tóxicos. Entre las modalidades principales están las señaladas por el maestro español, Víctor Balthazard[64], en su ya clásico *Manual de Medicina Legal* (1906). Son muy particulares las circunstancias en que los gases pueden viciar el aire respirable y obrar con gases asfixiantes, deviniendo en estados asfíxicos al suprimir el oxígeno en la respiración.

Estos tipos de asfixias muy particulares son las causadas por gases, tóxicos o no, que pueden causar la muerte. Entre las modalidades principales están las señaladas por el maestro español, Víctor Balthazard,[65] en su ya clásico *Manual de Medicina Legal* (1906), tenemos:

El enterramiento:

El enterramiento es la sumersión en un medio sólido (Thoinot) y tiene lugar en el individuo que cubre su cara con tierra, polvo o lodo, obstruyendo sus pulmones.

El enterramiento es accidental y criminal; nunca es suicida. Son frecuentes en derrumbes, en hoyos cienagosos durante terremotos, por polvaderas que se levantan al caer a las casas ocasionando la muerte por penetración de mucha tierra en las vías respiratorias.

El enterramiento criminal es poco frecuente. Se le consuma en recién nacidos, introduciéndolo vivos bajo tierra, en cajas que contienen arena, ceniza, cal, o quizás telas. En la autopsia a individuos que se han asfixiado en medio sólido se encuentran en las vías respiratorias gran cantidad del material en el medio en que sucumben.

64. Víctor Balthazard. *Manual de Medicina Legal.* Salvat Editores, S. A. Sexta edición española. Barcelona, España, 1947. Págs. 140-181.

65. Ibidem. V. Balthazard. *Op. Cit.*

Signos externos en el cadáver:

- Cuerpo y ropa cubiertos de sustancia pulverulenta y restos del medio.
- Los restos del medio pueden encontrarse también en la boca y la nariz, en los pulmones y en el estómago.

1. *Asfixia por óxido de carbono:*

Es la asfixia producida por la combustión de carbón, «que produce un humo espeso, de color oscuro, llamado óxido de carbono». Es muy común en los incendios, donde «la combustión de madera produce óxido de carbono en abundancia, y, mucho antes de morir por efecto de las extensas quemaduras, mueren asfixiados por el efecto del óxido de carbono».[66]

La asfixia por óxido de carbono sobreviene rápida y de forma aguda, y tiene los mismos signos generales del ahorcamiento, la sumersión. Antes de morir asfixiado, el sujeto tiene convulsiones que duran unos 2 o 3 minutos.

La etiología no es fácil de determinar a simple vista, aunque puede manifestar los signos externos de toda asfixia, por eso es necesario para determinarla, "reclamar" la intervención de un médico forense, ya que la muerte es súbita.

Este método se llama examen espectroscópico de la sangre y la muerte es determinada sobre la hemoglobina, cuyo mecanismo principal se conoce como *anoxemia*.

Es casi inexistente en forma suicida. Es más común en accidentes, aunque no se descarta la sospecha de manos criminales.

66. Uribe Cualla, Guillermo. Pág. 371.

El caso más reciente entre nosotros lo presenciamos en el mes de noviembre (2006) en el incendio de la discoteca Jayces, localizada en la margen oriental de la ciudad de Santo Domingo, que resultó ser un verdadero espacio confinado.

2. *Asfixia por gas del alumbrado:*

En la actualidad no se registran asfixias por gas del alumbrado debido a que se cuenta hoy en día con modernos sistemas eléctricos de iluminación y de calefacción. No obstante, en la época en que era común el gasómetro, que era un aparato para iluninar las casas.

La composición misma del gas tiene efectos muy directos en relación a las personas que se encuentran muy cerca de donde se ha liberado el gas, haciendo que el aire sea irrespirable y se produzca la asfixia.

Este tipo de asfixia se presenta de forma accidental y homicida, por medio del gasómetro o del mechero de gas. Es necesario determinar la presencia de óxido de carbono en la sangre por el método del esprectoscopio y la forma de muerte es la misma en la que se encuentra el mencionado óxido de carbono.

3. *Asfixia por el gas de las letrinas:*

Cuando los fugitivos, los convictos de ciertas prisiones, o en circunstancias similares se disponen huir por el alcantarillado sin tubos de ventilación y se exponen a una atmósfera irrespirable, se produce este tipo de asfixia.

Dicha asfixia es más el resultado de todos los elementos que se concentran en esa atmósfera muy pobre en oxigeno.

Desde el punto etiológico es más común como accidente, en personas que se caen durante el trabajo en espacios que aglutina agua del alcantarillado o de letrinas, sobre todo en medios rurales.

La composición del gas es abundante de hidrógeno sulfurado, y en realidad no es nada tóxico. Los efectos también resultan muy directos debido a que constituye un medio irrespirable para el o los sujetos afectados.

4. *Asfixias por gases de combate:*

Entre estos gases citamos una modalidad muy conocida:

Gases lacrimógenos: Que está compuesto por bromuro de benzilo, yoduro de benzilo y bromacetona. Se le llama lacrimógenos por el lagrimeo, las inflamaciones en las conjuntivas y en las vías respiratorias superiores que producen en principio. La prolongación de este tipo de gas produce una muerte por asfixia.

Asfixias por posición. Se produce por la caída en un sitio muy estrecho, con la cabeza en una posición que impide la respiración. Generalmente es accidental, como es el caso de los niños que duermen en la cuna en una posición que les impide respirar; los alcohólicos o drogadictos que caen accidentalmente en un caño de agua.

Capítulo VI

DEONTOLOGÍA FORENSE

Deontología Forense. I. Deontología médica; Ley General de Salud (42-01); II. Derecho médico; Ejercicio profesional de la medicina legal; Responsabilidad profesional; Responsabilidad médica; Secreto profesional; Concepto; Tipos de secreto profesional; III. Certificaciones medicolegales; El certificado medicolegal; Informes; Reinformes; Diferencia entre certificados e informes; Algunas características de los informes periciales; IV. Administración de Justicia. Tribunales, Fiscalías; Policía Técnica; V. Organización de un servicio medcolegal; Clínica medicolegal; morgue; Laboratorio forense; VI. El perito médico: fines y alcances; Generalidades de los peritos; Condiciones; Formación; Tipos de peritos; Disposición normativa de los peritos en los Código Procesales de la Nación; A) Código penal: Procedencia de la actuación pericial; Acreditación de idoneidad; Designación de peritos;Recusación de peritos; Puntos de pericia;Práctica y presentación del peritaje; Eficacia probatoria del dictamen; B) Código civil; Perito vs testigo; VII. Peritación medicolegal

I. Deontología forense

Deontología médica

La deontología médica se ocupa de la conducta ética del médico en el ejercicio de la profesión de la medicina. Comprende el conjunto de deberes y derechos del médico, los cuales incluyen en el ejercicio profesional; por un lado, la responsabilidad profesional, y el secreto médico, dado que coexisten en ellos aspectos legales y morales.

La deontología del médico forense comprende un conjunto de actos reglamentados por la administración de justicia y por la misma profesión de la medicina forense de la que él es un servidor.

El Código penal dominicano exige que para poder hablar de responsabilidad, deberán existir los siguientes elementos:

a) Tipicidad: esto es, que la conducta humana encaje dentro de una norma penal descrita, o sea, esté descrita como delito.

b) Antijurídicidad: esto es, que la conducta lesione o ponga en peligro de lesión el bien jurídicamente tutelado, sin causa justa.

c) Que el agente autor de tal conducta, obre dolosa, culposa o preterintencionalmente.

Como ejemplo del actuar doloso, podemos tomar el aborto, el homicidio eutanásico y la falsedad en la historia clínica. Por culpa, se entiende la violación del cuidado debido que ocasiona un daño no deseado, pero previsible y evitable por el autor.

Todo delito genera una acción penal, que se basa en el poder del Estado para reprimir los delitos, una acción civil que busca indemnizar los perjuicios ocasionados por un hecho delictivo y que coloca al médico frente a la justicia ordinaria, pero puede también ser sometido a un proceso ético o administrativo, que lo coloca frente a la jurisdicción especial.

Sin embargo, si un médico actúa y no consigue el resultado previsto, no puede hacérsele penalmente responsable, excepto que medie la culpa, el dolo o la preterintención, no estando obligado a resultados, ni a responder más allá del riesgo previsto, pero sí, a actuar diligentemente, en los más preciados intereses de la persona humana.

Ley General de Salud (Ley No. 42-01)

El forense no puede ignorar esta ley central para su trabajo medicolegal. Al contrario de otros autores, lo que se recomienda es dilucidar algunos problemas que se sitúan a su alrededor, más que analizar la ley misma. El médico forense debe extender sus conocimientos a problemas de salud social, que inciden en su labor como forense. En la ley de salud se incorporan muchas otras leyes de gran valor:

a) Ley No. 329-98, que regula los Trasplantes de Órganos y Tejidos Humanos, del 11 de agosto de 1998;

b) Ley No. 8-95, sobre Lactancia Materna, del 19 de septiembre de 1995;

c) Ley No. 14-94, que crea el Código para la Protección de Niños, Niñas y Adolescentes, del 22 de abril de 1994;

d) Ley No. 55-93, sobre SIDA, del 31 de diciembre de 1993;

e) Ley No. 50-88, sobre Control de Drogas y Sustancias Controladas de la República Dominicana, del 30 de mayo de 1988, y sus modificaciones;

f) Ley No. 311-68, que regula la fabricación, elaboración, envase, almacenamiento, importación, expendio y comercio en cualquier forma de insecticidas, zoocidas, fitocidas, pesticidas, herbicidas y productos similares, del 24 de mayo de 1968;

g) Ley No. 136-80, que declara que es obligatoria la práctica de la autopsia judicial en la instrucción preparatoria del proceso penal, del 23 de mayo de 1980;

h) Ley No. 6097, de la Organización del Cuerpo Médico de los Hospitales, del 13 de noviembre de 1962;

i) Ley No. 146, sobre Pasantía de Médicos Recién Graduados, del 11 de mayo de 1967, modificada por la ley 478, del 18 de enero de 1973;

j) Ley No. 4378, Ley Orgánica de Secretarías de Estado, del 10 de febrero de 1956;

k) Ley No. 175, que denomina la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS), del 22 de agosto de 1967;

l) Ley No. 414-98, que modifica varios artículos de la ley 60-97, del 22 de agosto de 1998;

m) Ley No. 393, sobre expedición de Certificados Médicos, del 4 de septiembre de 1964.

II. Derecho médico

El Derecho médico (en inglés medical law, en francés droit médical), es la parte de la Medicina legal que trata de las normas legal y jurídica del ejercicio profesional de la medicina. Este término es utilizado en ocasiones para sustituir al de Medicina legal, cuando se le ve como una parte de esta disciplina, y Deontología médica, cuando se le quiere utilizar con sentido más lato.

Las fuentes del Derecho médico en nuestro país están contenidas en las siguientes legislaciones:

a) La Constitución de la República como ley fundamental, la cual en su artículo 8, que recoge el derecho de todos los ciudadanos a que se le atienda y proteja su salud, así como la obligación que tiene el Estado de materializar ese derecho mediante las garantías constitucionales que se señalan al efecto.

b) La Ley No.42-01, o "Ley General de Salud", de fecha 7 de febrero del año 2001, como la norma jurídica fundamental en materia de salud.

c) La Ley No. 68-03, que crea al Colegio Médico de la República Dominicana.

d) Los reglamentos y demás disposiciones complementarias dictadas por la Comisión Ejecutiva de la Reforma del Sector Salud (CERSS).

e) Las disposiciones derivadas de acuerdos tomados en los tratados y convenios internacionales.

Ejercicio profesional de la medicina legal

Desde el Decreto Nº 58-89 que crea El Instituto de Patología Forense puede hablarse del ejercicio profesional de la medicina legal, porque el ejercicio de una profesión está sujeto a normas creadas por decretos y leyes especiales. Las condiciones por la que surge la medicina legal guarda relación con poder regular la autopsia judicial, crear los recursos humanos y establecer el organismo por el cual podrán efectuarse todas las operaciones medicolegales. Aunque ello amerita algunas puntualizaciones, como la de indicar el nivel empírico con el que evolucionado dicho ejercicio profesional. El mismo texto del decreto es análogo al de la ley autopsia, de fecha 23 de mayo de 1980. Apenas éste tiene tres (3) artículos. Y aunque se produjo un segundo decreto en el año de 1999, la cuestión sigue siendo lo mismo.

El Congreso Nacional sancionó una ley de creación de Cuerpo Forense (2007), es el ya conocido Instituto Nacional de Ciencias Forenses, y el mismo no resultó no ser una continuidad del Instituto Nacional de Patología Forense (INPF).

Responsabilidad profesional

a) Responsabilidad médica

La responsabilidad del médico en el ejercicio de su profesión no aparece como algo nuevo, existe desde la antigüedad ya sea en el orden ético, religioso e incluso jurídico. Es precisamente la profesión médica la primera en elaborar códigos y normas deontológicas en busca de una ética médica y posteriormente en los primeros pasos de regulación de la actividad médica en el orden jurídico. Se entiende como *responsabilidad profesional médica* la obligación que tienen los médicos de reparar y satisfacer las

consecuencias de los actos y omisiones cometidos en el ejercicio de la profesión y que estén jurídicamente previstos por la ley.

El médico, en su proceder como tal, asume no sólo una elevada responsabilidad ética y social, sino también una insoslayable responsabilidad jurídica, siendo de una gran trascendencia la responsabilidad del médico en el campo del derecho penal.

De acuerdo a Lacassagne, en su *Precís de medécine légale* (1906), la *"Responsabilidad médica es la obligación para los médicos de sufrir las consecuencias de ciertas faltas cometidas en el ejercicio de su arte, faltas que pueden comportar una doble acción, civil y penal"*.[67]

b) Secreto Profesional: concepto

La norma jurídica del secreto médico existe desde los tiempos de Hipócrates. Tiene una existencia legal y es al mismo tiempo una convención legal. Pero tal como ha señalado Nerio Rojas, *"ese secreto no es sino una forma dentro de una institución jurídica general: el secreto profesional"*.[68]

En algunas legislaciones existe un Código deontológico que rige el ejercicio de la profesión médica. Se define el Secreto médico como la obligación que tiene el médico de guardar reserva de los hechos por él conocidos en el ejercicio de su profesión, dentro de las condiciones que las leyes establecen.

---

67. Citado por Víctor Balthazard, en su *Manual de Medicina Legal.* Salvat Editores, S. A. Sexta edición española. Barcelona, España, 1947.

68. ROJAS, NERIO. *Medicina Legal.* El Ateneo, 4ta. edición, Buenos Aires, Argentina, 1950. Pág. 591.

Los auxilios que presta la medicina legal a la administración de justicia, así como a otras profesiones u oficios, están bajo al amparo del secreto médico. Esta disposición de orden público, ya que se considera un deber y no un derecho, es definida como *«la obligación de guardar el más riguroso secreto profesional sobre cualquier prescripción o acto que realizare en cumplimiento de sus tareas específicas, así como datos o hechos que se les comunicare en razón de su actividad profesional...»*[69]

Tipos de secretos profesional:

Afirma Nerio Rojas que la aplicación del secreto profesional está sujeto a normas morales y legales. Desde el punto de vista moral

Secreto absoluto: Aquel que impone al médico la obligación de callar en todos los casos, en los secretos que le confía su paciente. En tales casos el secreto profesional es un contrato privado y el médico es "un testigo sin valor".

Secreto relativo: Aquel que se fundamenta en el orden público, por un lado desapareciendo ante la justicia, por lo tanto no puede ser invocado por un testigo requerido por el juez; por el otro lado, ante la conciencia profesional del médico. Se deja en la decisión del médico lo que debe callar o lo que debe decir.

III. Certificaciones medicolegales

Las certificaciones o informes medicolegales corren por cuenta de los facultativos médicos que instruyen nuestra organización judicial, tal como lo establecen los procedimientos penal y civil.

69. ROJAS, NERIO. *Medicina Legal.* El Ateneo, 4ta. edición, Buenos Aires, Argentina, 1950. Pág. 591.

Estas certificaciones se rigen por un orden previamente diseñado (los informes o dictámenes forenses varían en extensión frente a los certificados legales) en las que se recogen las relaciones de los facultativos y de los servicios que exige la organización judicial.

La forma de redactar estos documentos es según el lenguaje culto y técnico propio de la criminalistica y sus derivados. Los mismos recogen las cualidades habilitantes de los peritos, sus responsabilidades y las sanciones, el modo en que ha de expresarse la colaboración judicial y el examen pericial.

Los principales tipos de certificaciones o informes medicolegales son:

a) El Certificado Médico Legal: Es la declaración o testimonio escrito que hace el médico de un hecho pertinente al caso, visto y comprobado, para ser utilizado como documento oficial legal por la parte interesada. Los certificados medicolegales tienen la siguiente estructura:

- Exposición breve y referida sólo al objeto del certificado
- Descripción de síntomas y lesiones que ha observado
- Exposición atribuida, por las explicaciones del peticionario o de las personas que le rodean.
-Conclusiones definitivas.

b) Informes: El informe o dictamen es la opinión del perito. Este consta casi siempre de tres partes: a) el preámbulo, b) la exposición y c) la conclusión. Según ha dicho Filippi: «El informe debe ser casi un inventario».

El preámbulo atestigua de las generalidades relativas a lugar, fecha, nombre del perito, cualidades, motivos del peritaje, por orden de qué autoridad lo lleva a cobo, “resumen de otros dictámenes emitidos con anterioridad por otros o por los mismos expertos”.

La exposición es un relato detallado, circunstanciado y detallado de todos los exámenes practicados, en la que dilucida el

problema propuesto. El perito pone de relieve sus observaciones y da cuenta del procedimiento que ha aplicado. La exposición no debe ser prolija ni lacónica.

La conclusión que formula el perito deben estar redactada de manera categórica, "hasta para manifestar que no se ha llegado a un término satisfactorio". El perito sienta sus conclusiones en términos breves, precisos, no para médicos sino para jueces, por lo que debe evitarse un estilo técnico, con palabras presuntuosas, pedantes.

Reinformes: Son ampliaciones de informes que resultan incompletos, que ameritan resolver más preguntas, que fueron hechos con vaguedades, con ambigüedad, o que de alguna u otra forma no cumple con su objetivo. Una ampliación solicitada al experto no implica que el perito varíe su dictamen en su primera consulta. Sino, que el juez o las partes pueden solicitar una ampliación verbal en una vista pública para concretar lo que en buena fe ha declarado en su informe. Se le conoce como reinformes o ampliaciones.

c) Diferencia entre certificados e informes

Los certificados medicolegales tienen una estructura simple en relación a los informes. Estos no son solicitados por ninguna autoridad judicial competente, sino que es parte de las acciones que lleva a cabo el forense; en los informes es imprescindible que sea solicitado por jueces y magistrados.

Los certificados llevan sólo la rúbrica del médico legista que atendió el caso o certificó la muerte; en los informes es obligatoria la firma del director del instituto legal y del facultativo que llevó a cabo la autopsia (prosector).

Algunas características de los informes periciales:

- Es un documento oficial, una pieza importante en el proceso, contiene elementos probatorios y datos derivados del caso.
- Sirve para reconstruir el hecho judicial que pertenece al pasado.
- No aporta una opinión, sino una demostración.
- Se continúa casi siempre con una declaración verbal (in voce) en los juicios de fondo.

IV. Administración de Justicia

La función de juzgar se ejerce por medio del Poder Judicial. Nos referimos a él en forma común como los "Tribunales de Justicia".

La Constitución de la República en su artículo 63 y siguientes define dicho Poder del Estado: "El Poder Judicial se ejerce por la Suprema Corte de Justicia y por los demás Tribunales del Orden Judicial creados por esta Constitución y las leyes. Este Poder gozará de autonomía administrativa y presupuestaria". Se habla de Jurisdicción como el conjunto de atribuciones que la Constitución reconoce al Poder Judicial. O, como lo define Álvaro Velloso: *«es la capacidad que tiene el Estado para administrar justicia por medio de órganos judiciales instruidos a tal efecto».* El derecho a la jurisdicción, luego es aquel mecanismo apto para el ejercicio de los derechos. El debido proceso un conjunto de garantías mínimas que deben cumplirse en el ejercicio de estos derechos reconocidos en la Constitución y en las leyes.

Los médicos forenses tienen, por tal razón, que saber cómo están vertebrada y organizada la Justicia, pero sobre todo cuáles son los órganos que la administran. Aquí es oportuno señalar que el país no tiene un modelo integrado de estos órganos de investigación criminal.

Tribunales y Fiscalías

a) Suprema Corte de Justicia: 16 miembros
Cámara penal:
Cámara civil y comercial:
Cámara contenciosa-laboral:

b) Tribunales de Primera Instancia
c) Cortes de Apelación por Distritos Judiciales

Ministerio Público

Procuraduría General de la República Dominicana
Procuraduría Fiscal: Distrito Judicial de Santo Domingo
Fiscalía barriales,

Policía Científica

Ley Institucional de la Policía Nacional. (Ley 96-04).

La Policía Nacional es la institución especializada y permanente del Estado para perseguir el crimen. El objeto de su creación va en mucha direcciones: Proteger la vida, la integridad física y la seguridad de las personas, garantizar el libre ejercicio de los derechos y libertades, preservar el orden público y social y el medio ambiente, velar por el cumplimiento de la ley y prevenir el delito.

En el Art. 7, se enumeran los miembros del Consejo Superior Policial, integrado por:

a) El Secretario (a) de Estado de Interior y Policía;
b) El Procurador (a) General de la República; (Ex-Oficio)

c) El Jefe (a) de la Policía Nacional;
d) El Subjefe (a) de la Policía Nacional;
e) El Inspector (a) General de la Policía Nacional;
f) El Director (a) Central de Operaciones Policiales;
g) El Director (a) Central de Soportes y Servicios;
*h) El Director (a) Central de Investigaciones Criminales;**
i) El Director (a) de Educación y Entrenamiento;
j) El Director (a) Central de la Policía Comunitaria;
k) El Director (a) de Recursos Humanos;
l) El Director (a) de Asuntos Legales (Secretario).
m) El Director (a) Central de Asuntos Internos
n) Director (a) de Sanidad Policial
ñ) Director de la Reserva de la Policía Nacional
o) Presidente del Consejo Asesor de la Reserva de la Policía
p) Director (a) del Instituto de Seguridad Social Policía Nacional (ISSPOL);

Esta Dirección Central de Investigaciones Criminales se encargará de investigar los crímenes y delitos y de reunir las pruebas que permitan identificar a los culpables de cometerlos y que los fiscales puedan sostener exitosamente las acusaciones ante las jurisdicciones penales, a estos fines realizarán las pesquisas y otras diligencias que sean pertinentes, observando estrictamente las leyes y normas procesales vigentes. (Art. 18).

«Párrafo.- Los miembros de la Policía Nacional adscritos a la Dirección de Investigaciones Criminales no podrán ser trasladados ni separados de sus unidades ni de las investigaciones que realicen, sino y sólo mediante orden motivada en su mal desempeño o incompetencia debidamente comprobada. En todo caso, el traslado o reasignación de funciones deberá contar con la aprobación expresa del Jefe de la Policía Nacional cuando se trate de funcionarios de nivel Superior y del Director Central de Investigaciones Criminales, cuando se refiera a los niveles Medio y Básico».

La Escuela de Investigaciones Criminales fue creada bajo la Orden General No. 17 de la Jefatura de la Policía Nacional, en fecha 29 de abril de 1983.

V. Organización de un servicio medicolegal

Clínica medicolegal: Morgue

La Morgue Judicial es el depósito de los cadáveres donde se llevarán a cabo las autopsias que realice la institución. Por su estructura y funcionamiento, similares a un departamento de patología forense, debe aprovechar todas las informaciones que se suscitan luego del levantamiento y entrega del cadáver por parte del órgano de la medicina legal. La morgue es parte correspondiente del INPF, pero también el INACIF deberá contar con una morgue judicial. En la morgue judicial se podrá colaborar con la docencia de la Residencia de Medicina Forense y se dispondrá de servicios de extracción de órganos desde cadáveres a vivos.

Laboratorio forense

Acogemos la definición que sobre este punto nos ofrece la Ley General del Salud (Ley 42-01), sobre los Laboratorios forenses, indicando que sirven como establecimientos para la aplicación de métodos técnicos anatomopatológicos, histopatológicos, químicos, toxicológicos y otros; sirven para realizan exámenes para asuntos relacionados con investigaciones judiciales o de orden público.

VI. El perito médico: fines y alcance

Según la primera legislación de Organización Judicial, la Ley 163, del 21 de noviembre de 1927, un médico legista tiene, entre otras funciones y obligaciones, las siguientes:

1. Determinar que realmente la persona está muerta, para luego poder certificar o legalizar el fallecimiento;
2. Tratar de identificar a la persona: verificar si tiene documentos de identificación personal y buscar registro de sus huellas;
3. Dar fe de la fecha y hora de ocurrida la tragedia;
4. Ponderar las causas de la muerte: lesiones que la provocaron, reconocimiento de las condiciones y las armas (en caso de asesinato o suicidio) que se utilizaron para cometer el hecho;
5. Investigar, certificar y legalizar la forma jurídica de la muerte, si fue un asesinato-suicidio o si es muerte natural, indagar e informar sobre la enfermedad que en realidad provocó el deceso;
6. Interés legal. El médico legista tiene bajo su responsa/ bilidad, la recomendación de autopsia para que las autoridades competentes puedan rendir un informe jurídico-judicial acabado y completo; y,
7. Luego de llenar todos estos requisitos, tiene la obligación de participar en todo lo que concierne a la autopsia, ya que es el único galeno que entra en la escena, describe el escenario, la posición y condición del o de los cuerpos y es, al fin de cuentas, el que autoriza y ordena el levantamiento del cadáver.

Generalidades de los peritos

Para que la actuación del médico legista, del forense, dé un máximo rendimiento a la sociedad, es preciso que concurran de parte de él, algunas cualidades de experto, así como de parte de la Justicia,

cualidades de colaboración judicial. Sin estas relaciones no pueden entenderse bien jueces y peritos, la intervención del médico legal se llena de lagunas, errores, malas interpretaciones y pérdida de tiempo, y no se completa su finalidad en la forma ideal que se deseaba.

Las cualidades del médico forense deben superar a las del médico general, es por eso que se hace muy necesario sustituirlos en el menor tiempo posible, de acuerdo a una práctica guiada por el precepto legal correspondiente.

Condiciones

El forense es un servidor de la verdad, necesita tener conocimiento, experiencia, sagacidad para buscarla y descubrirla. Debe ser laborioso para ir tras ella; debe tener arte para exponerla; valor para defenderla; ecuanimidad para apreciarla. Entre las condiciones o cualidades que debe reunir un facultativo de la medicina legal, contamos con:

a) Saber: Los médicos forenses deben ser profesionales idóneos y deben tener un conocimiento sólido sobre su condición primordial.

b) Experiencia: El forense debe aprovechar en la teoría, lo que la práctica le permite. Sólo en el curso de esta experiencia se adquiere destreza profesional para ejecutar operaciones técnicas, se ejercitan los sentidos, se aprende a dudar y se desarrollan las facultades que permiten analizar el hecho.

c) Pericia: La práctica forense se hace ideal con estudio y entrenamiento personal, los hechos de lo que realmente existe en el fondo son guiados gracias a la intuición, a la perspicacia. Una pericia es una formulación de un diagnóstico, y no puede estar rodeado de sombras ni de contradicciones.

d) Buena voluntad y diligencia: El forense debe contar en su preparación científica con el deseo y el esmero de cumplir con su trabajo. Es una condición vital que el experto trabaje por su propio gusto y con espontáneo interés, que no se sienta forzado, acorralado a informar y a examinar.

e) Valor e independencia: El médico forense debe actuar siempre en base a la verdad, lo que él cree es lo justo y lo correcto. No debe albergar temores, ni ser complaciente; debe ser indiferente a halagos, a amenazas, ajeno a pasiones y debe alejarse de los intereses que se agitan en torno a los asuntos sometidos a su criterio.

Formación

El forense debe estar titulado. El perito médico debe saber medicina y debe estar familiarizados con las áreas médicas que las ciencias forenses interconectan. Debe ser un patólogo forense, egresado de una universidad extranjera, o en su defecto debe cumplir con el programa de la Residencia de Medicina Forense que desarrolla el Instituto Nacional de Patología Forense, la única institución acreditada para formar a los médicos forenses del país.

Una de las causas de la recusación que pueden hacer las partes de un proceso en relación al perito es la acreditación, es decir, si posee la calidad de un forense titulado, o si es especialista en la rama para la cual les son sometidos los hechos.

El perito tiene que tener una preparación adecuada y poseer los conocimientos diagnósticos necesarios para que su labor sea clara al juez. El perito tiene que tener experiencia del caso del cual va a rendir un informe. La idoneidad de este informe depende de la idoneidad del perito.

Tal como lo establece el mismo CPP: *«La prueba pericial debe ser practicada por ´expertos` imparciales, objetivos e independientes».*[70]

Tipos de peritos:

Dado que la prueba pericial es de gran trascendencia para las decisiones judiciales, y tratando que éstos sean los más calificados posibles en función a las experiencias que poseen, éstos pueden existir de acuerdo a varias denominaciones de peritos:

Perito de oficio: Es el designado por el juez e incorporado al caso.

Peritos de partes: Es el perito que representan algunas de las partes durante el litigio.

Peritos testigos: Al ser citados por la Justicia como testigo, deberán abstenerse de declarar si lo que se pretende es interrogarlo sobre los hechos conocidos en el ejercicio de su profesión. Deben acogerse al secreto profesional.

Peritos asesores: Son requeridos en casos en que procede ante supervisiones, interconsultas, actividades docentes o de investigación.

70. Código Procesal Penal. Ley 76-02. Título IV. Peritos. Art. 204.

Disposición normativa de los peritos en los Códigos Procesales de la Nación

A.- Código Procesal Penal

1. Procedencia de la actuación pericial

«Art. 204. Peritaje. Puede ordenarse un peritaje cuando para descubrir o valorar un elemento de prueba sea necesario poseer conocimientos especiales en alguna ciencia, arte o técnica. La prueba pericial debe ser practicada por expertos imparciales, objetivos e independientes.

2. Acreditación de idoneidad

«Art. 205. Calidad habilitante. Los peritos deben ser expertos y tener título, expedido en el país o en el extranjero, habilitante en la materia relativa al punto sobre el cual son llamados a dictaminar, siempre que la ciencia, arte o técnica estén reglamentadas. En caso contrario debe designarse a personas de idoneidad manifiesta.

No rigen las reglas de la prueba pericial para quien declare sobre hechos o circunstancias que conoció directamente aunque utilice para informar las aptitudes especiales que posee en una ciencia, arte o técnica. En este caso se aplican las reglas de la prueba testimonial.

3. Designación de peritos

«Art. 207. Nombramiento de peritos. Los peritos son designados por el Ministerio Público durante la etapa preparatoria, siempre que no se trate de un anticipo jurisdiccional de prueba. En cualquier otro momento son nombrados por el juez o tribunal, a propuesta de parte.

El número de peritos es determinado según la complejidad de las cuestiones a plantear, considerando las sugerencias de las partes. La resolución que ordena el peritaje fija con precisión su objeto y el plazo para la presentación de los dictámenes.

«Art. 208. Facultad de las partes. Las partes pueden proponer otro perito en reemplazo del ya designado, o para que dictamine conjuntamente con él, cuando por las circunstancias particulares del caso, resulte conveniente su participación, por su experiencia o idoneidad especial.

Las partes pueden proponer fundadamente temas para el peritaje y objetar los admitidos o propuestos por otra de las partes.

«Art. 210. Citación y aceptación del cargo. Los peritos son citados en la misma forma que los testigos; tienen el deber de comparecer y de desempeñar el cargo para el cual son designados.

Si los peritos no son idóneos, están comprendidos en algunas de las incapacidades citadas, presentan un motivo que habilite su recusación o sufren un impedimento grave, así lo pueden manifestar, indicando los motivos.

4. Recusación de peritos

«Art. 206. Incapacidad. No pueden actuar como peritos:

1. Quienes por insuficiencia o alteración de sus facultades mentales, no comprendan el significado del acto;
2. Quienes deban abstenerse de declarar como testigos;
3. Quienes hayan sido testigos del hecho objeto de procedimiento;
4. Los inhabilitados.

Art. 209. Inhibición y recusación. Son causas legales de inhibición y recusación de los peritos las establecidas para los jueces.

5. Puntos de pericia

«Art. 211. Ejecución del peritaje. El funcionario que ha dispuesto el peritaje resuelve todas las cuestiones que se planteen durante su realización.

Los peritos practican conjuntamente el examen, siempre que sea posible o conveniente. Las partes y sus consultores técnicos pueden asistir a la diligencia y solicitar aclaraciones pertinentes, con la obligación de retirarse cuando los peritos inicien la deliberación. Durante la etapa preparatoria esta facultad no obliga al Ministerio Público a convocar a las partes a la operación.

Cuando algún perito no concurre a realizar las operaciones periciales, por negligencia, o por alguna causa grave, o cuando simplemente desempeña mal su función, se procede a su reemplazo.

6. Práctica y presentación del peritaje

«Art. 212. Dictamen pericial. El dictamen debe ser fundado y contener la relación detallada de las operaciones practicadas y sus resultados, las observaciones de las partes o de sus consultores técnicos, en su caso, y las conclusiones que se formulen respecto de cada tema estudiado.

Los peritos pueden dictaminar por separado cuando exista diversidad de opiniones entre ellos. El dictamen se presenta por escrito firmado y fechado, sin perjuicio del informe oral en las audiencias.

«Art. 213. Nuevo dictamen. Cuando el dictamen es dudoso, insuficiente o contradictorio, el juez, a solicitud de parte, o el Ministerio Público, según corresponda, puede ordenar su ampliación o la realización de un nuevo peritaje por los mismos peritos o por otros.

7. Eficacia probatoria del dictamen

«Art. 214. Auxilio judicial. El juez o el ministerio público, según la naturaleza del acto, puede ordenar la presentación o el secuestro de cosas y documentos, así como la comparecencia de personas, si es necesario para llevar a cabo las operaciones de peritaje. También puede requerir al imputado y a otras personas que confeccionen el cuerpo de escritura, graben su voz o lleven a cabo operaciones semejantes.

Cuando la operación sólo pueda ser ejecutada voluntariamente por la persona requerida y ella rehúse colaborar, se deja constancia de su negativa y se dispone lo necesario para suplir esa falta de colaboración.

«Art. 217. Autopsia. Los peritos que designe el Ministerio Público deben rendir un informe sobre la causa médica de la muerte, de los estados patológicos preexistentes, de la forma médico legal del hecho y del momento en que ésta se produjo. Si el Ministerio Público no ordena la autopsia, las partes pueden solicitar al juez o tribunal que lo haga.

B.- Código Procesal Civil

1. Procedencia de la actuación pericial

«Art. 302 Cuando procediere un informe de peritos, se ordenará por una sentencia, en la cual se enunciarán claramente los objetos de la diligencia pericial.

«Art. 303 El juicio pericial podrá hacerse por tres peritos, a menos que las partes consientan en que se proceda a dicha diligencia por uno solo.

«Art. 304 Si al darse la sentencia ordenando el juicio pericial, las partes estuvieron de acuerdo para nombrar los peritos, la misma sentencia contendrá acta del nombramiento.

2. Acreditación de idoneidad

«Art. 305 Si la elección de peritos no hubiere sido convenida por las partes, la sentencia ordenará que éstas deben nombrarlos dentro de los tres días de la notificación; y que en otro caso, se proceda a la operación por los peritos, que serán nombrados de oficio por la misma sentencia.

Este fallo contendrá también el nombramiento del juez comisario, que recibirá el juramento de los peritos convenidos o nombrados de oficio: no obstante, el tribunal podrá ordenar que los peritos presten juramento por ante el juez de paz de la común en que hubieren de actuar.

3. Designación de peritos

«Art. 306 En el plazo mencionado, las partes que se hubieren puesto de acuerdo para el nombramiento de los peritos o declararán en la secretaria.

«Art. 307 Expirado el plazo arriba dicho, la parte más diligente se proveerá con el auto del juez, y citará a los peritos nombrados por las partes o de oficio, para que presten juramento, sin que para éste sea necesario que las partes se hallen presentes.

4. Recusación de peritos

«Art. 308. No se podrá proponer recusaciones sino contra los peritos nombrados de oficio, a menos que las causas hayan sobrevenido después del nombramiento, y antes del acto de jurar.

«Art. 309. La parte que tuviere medios de recusación que alegar, estará obligada a hacerlo dentro de los tres días del nombramiento, por un simple acto o bajo su propia firma o la de su apoderado especial, conteniendo las causas de la recusación, y las pruebas si las tuviese, o la oferta de verificarlas por medio de testigos; una vez expirado el plazo dicho, no se podrá proponer la recusación, y el perito prestará juramento en el día indicado por la citación.

«Art. 310. Los motivos que sirven para tachar a los testigos, pueden ser también causa de la recusación contra los peritos.

«Art. 311. La recusación contestada se juzgará sumariamente en la audiencia del tribunal por un simple acto, y oídas las conclusiones del fiscal; los jueces podrán ordenar la prueba por testigos, la que se hará en la forma que adelante se determine para las informaciones sumarias.

«Art. 312. La sentencia que recaiga sobre la acusación será ejecutoria, aunque intervenga apelación.

«Art. 313. Si fuere admitida la recusación, se nombrará de oficio, por la misma sentencia, otro perito, u otros peritos, en lugar del, o de los recusados.

«Art. 314. Si la recusación es desechada, la parte que la hubiere propuesto será condenada en cuantos daños y perjuicios correspondieren, aun respecto del perito, si éste lo requiriese; pero en este último caso, no podrá continuar como perito.

5. Puntos de pericia

«Art. 315. El acta que certifique la prestación del juramento, contendrá la indicación, hecha por los peritos, del lugar, día y hora de su operación. Si se hallaren presentes las partes o sus abogados, esta indicación valdrá como citación. En el caso de hallarse ausentes las partes, serán citadas por acto de abogado, para que concurran en el día y la hora que los peritos hayan indicado.

«Art. 316. Si algún perito no aceptare el nombramiento, o no se presentare, sea para el juramento o para el acto pericial, en el día y la hora

indicados, las partes se pondrán de acuerdo inmediatamente para nombrar otro en su reemplazo; y si no, el nombramiento podrá hacerlo de oficio el tribunal. El perito que después de haber prestado juramento no llene su cometido, estará sujeto a que el tribunal que lo comisionó lo condene a todos los gastos frustratorios, y hasta a los daños y perjuicios si hubiere lugar.

«Art. 317. La sentencia que hubiere ordenado el informe, con los documentos necesarios, se remitirá a los peritos; las partes podrán manifestar y requerir lo que tuvieren por conveniente, de lo cual se hará mención en el informe; este se redactará en el lugar contencioso, o en el lugar, día y hora que indiquen los peritos. Uno de los peritos se encargará de la redacción del documento, que todos firmarán: si los peritos en general, o alguno de ellos, no supiesen escribir, el secretario del juzgado de paz que hubieren actuado redactará y firmará el acta.

6. Práctica y presentación del peritaje

«Art. 318. Los peritos darán un solo informe; no emitirán sino un solo juicio, a mayoría de votos.

No obstante, cuando haya pareceres distintos, indicarán los motivos de las diversas opiniones, sin manifestar cual haya sido el parecer personal de cada uno.

«Art. 319. La minuta del informe se depositará en la secretaría del tribunal que hubiere ordenado el juicio por peritos, sin nuevo juramento de éstos: las vacaciones que les correspondan se tasarán por el presidente al pie de la minuta, y de ellas se librará ejecutoria contra la parte que requirió la diligencia pericial o a cuya instancia se ordenó, si fuese de oficio.

«Art. 320. En caso de demora o negativa de parte de los peritos para depositar su informe, se podrá emplazarlos a tres días de término, por ante el tribunal que los hubiere comisionado, para oírse condenar, aun por vía de apremio corporal, si procede, a hacer dicho depósito; sobre lo cual se resolverá sumariamente y sin previa instrucción.

(Observación: Fue suprimida la expresión "sin preliminar de conciliación", que aparecía en este artículo, en virtud del Art. 4 de la Ley No. 5210 del 11 de septiembre de 1959).

«Art. 321. La parte más diligente hará sacar copia del informe y notificarla al abogado de la contraria; y se proseguirá la audiencia en justicia por medio de un simple acto.

7. Eficacia probatoria del dictamen

«Art. 322. Si los jueces no hallaren en el informe las aclaraciones suficientes, podrán ordenar de oficio un nuevo examen pericial, por uno o muchos peritos que el tribunal nombrará igualmente de oficio, y que podrán pedir a los precedentes peritos aquellos datos que creyeren convenientes.

«Art. 323. Los jueces no están obligados a adoptar el parecer de los peritos, si su convicción se opone a ello.

El perito vs el testigo

En la presentación de la prueba pericial ha de tomarse en cuenta la calificación del perito. Pero, de acuerdo a un reglamento del Poder Judicial (No. 3869-06), "el perito es interrogado bajo los mismos términos y condiciones establecidos para el testigo, salvo en lo relativo a su calificación".[71] Es decir, que hay un diferencia real entre uno y otro. Las partes deben apreciar si el perito reúne todos los requisitos necesarios para ostentar la calidad. A ese respecto dice el reglamento:

- Conocimiento especializado en una ciencia, arte o técnica sobre la cual declarará;
- Credenciales;
- Pericia o experiencia en el campo específico en que se basa su opinión;

71. Reglamento No. 3869-06, para el manejo de los medios de prueba en el proceso penal. Santo Domingo, República Dominicana, 21 de diciembre del 2006.

Podemos ver la diferencia entre uno y otro, atendiendo a las condiciones que le corresponde llevar frente a un tribunal, a los fines de establecer su calidad, capacidad e idoneidad para deponer u opinar frente a un tema requerido:

El *testigo* depone de lo que ha visto u oído; el *perito* realiza una actividad científica, acerca de la cual da su opinión.

El *testigo* colabora en el descubrimiento de la verdad aportando sus propios recuerdos; el *perito* da una opinión científica o técnica acerca de los hechos que le son sometidos.

El *testigo* puede ser citado en cualquier estado de causa y puede exigírsele que deponga inmediatamente; el *perito* tiene que ser designado por el tribunal y debe concedérsele un plazo para que realice su trabajo.

El *testigo* se limita a decir lo que ha visto u oído; el *perito* no solamente dice lo que ha comprobado, sino que da una opinión, un informe motivado acerca de los hechos que el juez le ha dado la misión de esclarecer.

El *testigo* dice: "juro decir la verdad y nada más que la verdad, "habla sin odio y sin temores; el *perito* jura "proceder al examen y dar su relación según su honor y su conciencia".

La sinceridad del *testigo* está asegurada con la pena de perjurio; la del perito no. El *perito* no puede ser condenado por perjurio.

El *testigo* puede ser tachado; el *perito* no, puesto que ha sido designado por el tribunal.

Los *testigos* son causales; los *perito*s son designados por el tribunal.

El *testigo* relata los hechos; el *perito* formula operaciones.

El *testigo* disiente; el perito discrepa con carácter teórico, experimental

El *testigo* oculta los hechos; el perito reconstruye los hechos, no solo a instante, sino 20 años después.

El *testigo* desconoce de direcciones; el perito reconstruye la dirección exacta o similar del cómo y dónde ocurrieron estos hechos sin haberlos vistos.

El *testigo* no será imparcial aunque no tenga interés; el *perito* se ve obligado a tener obediencia de las partes.

VII. Peritación medicolegal

La finalidad del peritaje forense es colaborar con el juez, cuya responsabilidad es "solicitar, interpretar y aprovechar los dictámenes del perito". El dictamen es la opinión experta, son los documentos realizados por el perito en su tarea de esclarecer cuestiones judiciales gracias al estudio de la medicina legal, cuyo estudio le permite aplicar los principios y las enseñanzas de esta ciencia fundamental.

El fallo judicial se apoya en la razón del peritaje, razón por la que los peritos tienen la obligación de prepararse de forma concienzuda para establecer una idónea colaboración con las autoridades competentes.

La regulación de la peritación forense en nuestro país debe considerarse desde una doble perspectiva. En primer lugar, las legislaciones que la prescriben de manera específica; en segundo lugar, la contemplación de la práctica pericial como ejercicio de la profesión de la medicina legal.

En nuestro caso, corresponde a la ley de autopsia (ley 136-80) que se refiere a la práctica de las autopsias de manera obligatorias (art.1); la finalidad de la misma y sus objetivos (art. 2); la custodia de los objetos personales que se encontraron en el cadáver, debiéndose enviar al perito médico designado al caso, (art. 3); la designación de los médicos forenses, por parte de las autoridades judiciales competentes (art.5); los requisitos requeridos para ser designado como médico legista (art.6); el nombramiento de perito médico es de forzosa aceptación (art.7); el lugar donde se practicará la autopsia, para que tenga valor medicolegal (art.8); la certificación de la muerte por el Médico Legista, es una condición obligatoria y previa, sin la cual no podrá realizarse nunca ninguna autopsia (art. 9); la juramentación del perito, la prestación del juramento, (art 10); el plazo fijado para el informe de necropsia y las formalidades en que éste será entregado, así como el lugar donde será depositado (art.12); y finalmente, el secreto profesional sobre los hechos y datos que sólo pudo conocer en ocasión de la función pericial realizada, para que guarde bajo reservas esos conocimientos hasta concluirse totalmente el procedimiento en la jurisdicción de Instrucción (art.16).

Y corresponde, igualmente, al Código Procesal Penal (ley 72-06), Libro III, Título IV, que trata sobre los Medios de Prueba, aplicables en gran parte a los médicos forenses, detallar las formalidades o las normas que deberá seguirse para la recolección de la prueba pericial, la legalidad y la forma en que será valorada; en el Título II, sobre Comprobación Inmediata y Medios Auxiliares, se refiere a la regla a seguir en Inspección del Lugar del Hecho (art. 173). Es decir, Los funcionarios del Ministerio Público o de la Policía deben custodiar el lugar del hecho y comprobar, mediante la inspección del lugar y de las cosas, los rastros y otros efectos materiales que sean el resultado del hecho punible; de los Levantamientos e identificación de cadáveres (art.174).

En cuanto al ejercicio de la profesión de medicina legal, ya lo hemos tratado más arriba.[72]

_____

72. De acuerdo al Código Procesal Penal (Ley 76-02), se establece sobre el sentido de los dictámenes, lo siguiente:

«Art. 212. Dictamen pericial. El dictamen debe ser fundado y contener la relación detallada de las operaciones practicadas y sus resultados, las observaciones de las partes o de sus consultores técnicos, en su caso, y las conclusiones que se formulen respecto de cada tema estudiado».

«Los peritos pueden dictaminar por separado cuando exista diversidad de opiniones entre ellos. El dictamen se presenta por escrito firmado y fechado, sin perjuicio del informe oral en las audiencias».

«Art. 213. Nuevo dictamen. Cuando el dictamen es dudoso, insuficiente o contradictorio, el juez, a solicitud de parte, o el Ministerio Público, según corresponda, puede ordenar su ampliación o la realización de un nuevo peritaje por los mismos peritos o por otros».

PARTE ESPECIAL

MEDICINA LEGAL Y CRIMINOLOGÍA - MEDICINA LEGAL CRIMINALISTICA, MEDICINA LEGAL Y PSIQUIATRÍA

Capítulo VII

MEDICINA LEGAL Y CRIMINOLOGÍA

Medicina Legal y Criminología. I. Desarrollo histórico; Concepto de antropología criminal; Bases para el estudio antropológico; La investigación de la escena del crimen; Diagnóstico de edad; Determinación del sexo; Estimación de ancestros; Descripción y medición del esqueleto poscraneal; Reconstrucción de la estatura; Individualización; Técnicas de recolección y organización de la información bioantropológica; La reconstrucción facial en los procedimientos de identificación; La huella genética; Estudios de casos forenses; II. El estudio del delito; Clasificación de los delitos; Código Penal de la República Dominicana; El estudio del delincuente: Clasificación; La clasificación de César Lombroso; La clasificación de Enrico Ferri; La clasificación de Rafael Garófalo; La clasificación de Franz Exner; Delincuentes acusados; Delincuentes juzgados; III. Victimología dentro de la medicina legal; IV. Institución carcelaria; Muerte en custodia; Fines y rehabilitación; Realidad social del internado-liberado.

I. Medicina Legal y Criminología

Desarrollo histórico

La *Antropología forense* (llamada también la *Nueva ciencia)* es quizás el primer método científico que empleó la medicina legal desde que Lombroso diera a conocer sus teorías antropológicas acerca del hombre criminal.

Así lo atestiguan todos los tratados de medicina legal escritos en el siglo XIX. Hoy en día esta ciencia se ocupa mucho del análisis e identificación de restos óseos humanos, en las que trabajan de manera conjunta profesionales forenses de antropología, odontología y medicina, a través de su enfoque multidisciplinario conjugando los aportes de la Antropología biológica (paleoantropología, somatología, antropología dental, dermatoglífica), la arqueología y otras disciplinas antropológicas (sociales), forenses (medicina, odontología) y la criminalistica, con el fin de aunar esfuerzos en la identificación humana en sus correspondientes etapas.

Del conjunto de saberes que comprenden las ciencias forenses, la antropología es la que requiere mayor esfuerzo científico, porque no siempre se disponen de textos que vulgaricen sus contenidos, lo que implica un arsenal de informaciones científicas que para el perito toman un tiempo considerables poderlas estructurar.

La bibliografía sobre Antropología forense se encuentra en su gran mayoría en idiomas diferentes al español y los mismos textos extranjeros escasean en el país, lo cual nos indica el gran valor que tiene para los especialistas de la medicina legal, juristas y estudiantes hacia los métodos empleados por esta área de las ciencias forenses.

La Escuela Antropológica fundada por César Lombroso se caracterizó por las exposiciones de carácter biológico, anatómico y psicológico de los delincuentes, y posteriormente los materiales y documentos que logró alcanzar sirvieron de base para desarrollar métodos valiosos como el de *las reseñas antropométricas* de Alfonso Bertillón, unos de los pioneros en ciencia criminalistica.

Los estudios del hombre criminal en el estado de la primera antropología no constituyeron una rama autónoma, independiente; eso sí, ésta disciplina no ha dejado de ser un perenne movimiento científico de teorías y grandes pensadores.

Es sumamente importante el libro del doctor Javier Francotte, *Antropología criminal* (1890), un antiguo profesor de antropología forense de la Universidad de Leija, que ha sido traducido al español por el maestro español Federico Olóriz, en la que queda

perfectamente evidenciado el origen y ulterior desarrollo logrado por esta especial ciencia.[73]

Concepto de Antropología forense

Los científicos forenses no han variado el objeto de estudio de la antropología forense: Esta es definida como la «rama de la antropología física que con fines forenses trata de la identificación de restos más o menos esqueletizados, humanos o de posible pertenencia humana». La *American Board of Forensic Anthropology* (ABFA), la considera como «el estudio y práctica de la aplicación de los métodos de la antropología física en los procesos legales".

73. Francotte, Javier. *Antropología Criminal*. El libro de J. Francotte es verdaderamente completo; entre las obras que precedieron a la suya, merecen citarse, en primer término, los trabajos de Lauvergne, *Les forçats considéré sous le rapport physiologique, moral et intellectuel, observés au bagre de Toulon* (1981), «que contiene el examen de los malhechores desde el punto de vista de sus caracteres físicos, morales e intelectuales, y atribuye la tendencia criminal al desarrollo exagerado de una parte del cerebelo. La obra de Ferrus, *Des prisionniers, de emprisonment et des prisons* (1850), «tiene por objeto el estudio del régimen penitenciario y de los medios de reformar y corregir los presos; en él se encuentra con mucha claridad el principio de individuación, que suele considerarse como una conquista de las investigaciones contemporáneas»; P. Lucas, en su *Traité de l´ hérédité (1847)*, "afirma la herencia del crimen y reúne en apoyo de su opinión multitud de documentos muy curiosos, aunque no siempre absolutamente demostrativos"; cita a Casper, en *Vierteljahrescrift für gerichtliche und öffentliche medezin (1854), "*que en la misma época publicó en Alemania sus estudios sobre la fisonomía de los asesinos, y demostró Winslow *(Leltsomian lectures en Insanity, 1854)*, en Inglaterra, la frecuencia de la locura en los malhechores". La obra de B. A. Morel, *Des dégénerescences physiques intellectuelles et morales (*1857), "tan grande y de fecunda influencia ha ejercido sobre toda la psiquiatría. Morel se dedicó a estudiar el papel de la herencia en la génesis de la locura, a perseguir en varias generaciones la evolución del proceso psicopático". […]. "El nombre de Prosper Despine, en el *Traité de Psychologie naturelle.* [Véase también *De la folie (Études psychologique sur les criminels, 1875*], debe ocupar también un sitio preferente entre los precursores de la antropología criminal contemporánea: el objeto de sus investigaciones fue sobre todo el lado psicológico del criminal"; […] Lombroso, el jefe de la escuela positiva moderna, comenzó sus trabajos en 1871 y, desde entonces, con actividad jamás interrumpida […], no ha dejado de acumular materiales para consolidar y acabar el edificio de la Antropología criminal".

Por su parte, la AAFS (American Association of Forensic Sciences) la define más ampliamente como «el peritaje forense sobre restos óseos humanos y su entorno». «*Es decir, que incluye además del proceso de identificación (sexo, edad, filiación racial, talla y proporciones corporales, rasgos individuales), la determinación de las causas y circunstancias de muerte, equivalente a la reconstrucción de la biografía biológica ante-mortem del individuo, con el propósito de establecer cómo era el modo de vida de la víctima antes de su muerte, sus enfermedades y hábitos profesionales. Este procedimiento se conoce también como osteobiografía»*.[74]

Los restos esqueletizados, y en algunas ocasiones, momificados, permiten conocer de la *variabilidad biológica* de los desaparecidos; sus características físicas: rostro, estatura, proporciones corporales, grado de robusticidad, nutrición, enfermedades que afectaron su estado de salud y dejaron huella en el hueso y las posibles causas de su deceso. Igualmente, es importante verificar la información consignada por las historias clínicas sobre tratamientos odontológicos, intervenciones quirúrgicas, traumas antiguos y hábitos laborales que hayan trasformado el hueso de una manera muy particular.

«El hueso como tejido y como órgano es afectado durante la vida del individuo tanto por factores endógenos (desórdenes hemopoyéticos, metabólicos, endocrinos, enfermedades infecciosas) como exógenos (traumas, marcas de estrés laboral, estrés nutricional, factores culturales). Por tal razón, su estructura se modifica en el tiempo y en el espacio de acuerdo al principio de la variabilidad filogenética (evolutiva), racial (ancestral), sexual, ontogénica (durante su crecimiento y desarrollo), individual (según la intensidad y tipo de actividad física) y cultural (de acuerdo a las prácticas culturales arraigadas)».[75]

_____

74 José Vicente Rodríguez Cuenca. *Introducción a la Antropología forense. Análisis e identificación de restos óseos humanos.* Investigación de la Universidad de Colombia, año.

75. Ibidem. *Op. Cit.*

Bases para el estudio de la antropología criminal

La principal base para la investigación antropológica forense corresponde a la identificación de restos óseos humanos, incluyendo los dientes, los cuales tienen una vinculación de profesionales forenses de antropología, odontología y medicina aplicados a estas labores. Los pasos esenciales en el proceso de identificación son ya conocidos, no obstante, al enumerarlos contribuimos a la comprensión de algunos otros elementos que se incluyen en este proceso: exhumación, identificación de la biografía biológica, la cual puede ser de dos maneras: a) *general* (edad, sexo, patrón racial, estatura) y b) *individual* (lateralidad, reconstrucción facial).

He aquí las principales ramas que conforman la Antropología criminal, encargada de la exhumación e identificación de restos óseos, teniendo un carácter multidisciplinario, conjugando los aportes dentro de la llamada: *Antropología biológica* (paleoantropología, somatología, antropología dental, dermatoglífica); Arqueología; *Antropología social* (medicina, odontología) y la criminalistica (con el fin de aunar esfuerzos en la identificación de individuos).

La antropología criminal tiene una función social en relación a la medicina legal, en lo concerniente a la identificación de restos óseos de desaparecidos. Se puede analizar la situación de violencia criminal en el país y su relación con los desaparecidos y violación, en general, de los derechos humanos de los ciudadanos; se puede investigar la escena del crimen, con la perturbación del lugar, el diagnóstico de la edad y sexo del individuo. Estos elementos son los que sirven de base para el estudio y contenidos de la antropología forense; están comprendido en el importantísimo trabajo realizado por el doctor colombiano José Vicente Rodríguez Cuenca, en su *Introducción a la Antropología Forense: Análisis e identificación de restos óseos humanos,* con datos muy interesantes sobre los diferentes protocolos de las «labores de exhumación de restos óseos se adjunta el protocolo modelo del Manual sobre la prevención e

investigación eficaces de las ejecuciones extralegales, arbitrarias o sumarias publicado por las Naciones Unidas».

1. La investigación de la escena del crimen

A. Protocolo modelo para la investigación de restos óseos
1. Investigación de la escena del crimen
2. Análisis de laboratorio
3. Informe final
4. Depósito a los efectos de las pruebas
B. El descubrimiento del sitio
1. La perturbación de la vegetación y suelo
2. Técnicas de excavación
C. Transporte y restauración del material
D. Intervalo de tiempo trascurrido después del deceso.

2. Diagnóstico de la edad

Consideraciones generales
A. Individuos infantiles y juveniles
1. Sinostosis de los centros secundarios de osificación
2. Formación y erupción dental
B. Individuos adultos
1. La pelvis
2. La superficie auricular del ilion
3. La sínfisis púbica
4. La terminación esternal de la cuarta costilla
5. Sinostosis de las suturas craneales
6. Relación entre la edad y el desgaste dental
7. Cambios radiográficos en clavícula y fémur proximal
8. El cartílago tiroides
9. Estimación histomorfométrica de la edad
10. Técnicas histomorfométricas
C. Cambios morfológicos en los distintos períodos ontogénicos

3. Determinación del sexo

Consideraciones generales
A. Determinación del sexo en individuos infantiles y juveniles
1. Mandíbula
2. Ilion
B. Individuos adultos
1. Cráneo
2. Determinación del sexo a partir del agujero occipital
3. Pelvis

4. Estimación de ancestros (patrón racial)

Consideraciones generales
1. Sistema dental
2. Cráneo
3. Esqueleto poscraneal

5. Descripción y medición del esqueleto poscraneal

1. La escápula
2. La clavícula
3. El húmero
4. El radio
5. La ulna
6. El fémur
7. La tibia
8. La fíbula

6. Reconstrucción de la estatura

Consideraciones generales
1. El método anatómico de reconstrucción de la estatura
2. Estimación métrica de la estatura
3. Reconstrucción de la estatura en huesos fragmentados
4. Reconstrucción de la estatura en esqueletos inmaduros

7. Individualización

Consideraciones generales:
1. El peso
2. Lateralidad
3. Patologías
4. Marcas de estrés ocupacional

8. Técnicas de recolección y organización de la información bioantropológica

1. Técnicas osteométricas
2. Rasgos discretos
3. Rasgos dentales
4. Osteopatología
5. Aspectos demográficos
6. Análisis intragrupal
7. Diagnóstico del nivel de heterogeneidad de un grupo
8. Reconstrucción de la composición antropológica de una región.

9. La reconstrucción facial en los procedimientos de identificación

Aspectos generales:
1. El grosor de los tejidos blandos
2. El cotejo cráneo-foto
3. La reconstrucción gráfica
4. La reconstrucción tridimensional (plástica)
5. Establecimiento del grado de semejanza de la reconstrucción
6. Discusión.

10. La huella genética

Consideraciones generales
1. Recuperación y limpieza del material
2. Criterios de autenticidad
3. Detección de fuentes de contaminación
4. Errores producidos por cambios post-mortem
5. Secuencias en mosaico vía PCR saltarín
6. Presentación de las pruebas.

11. Estudios de casos forenses

1. Caso de cremación
2. Utilización del DNA en un asunto forense.

II. El estudio del delito

El enfoque medicolegal del delito, en parte está justificado en la investigación criminal de la causa de la conducta delictiva, además de las implicaciones éticas, sirva para asegurar que al hacer posible

su descubrimiento, exista una defensa efectiva contra el delito y el delincuente.

En esta parte, exponemos dos enfoques del estudio sobre el delito: uno de origen propiamente criminológico, o en base a los numerosos descubrimientos de las ciencias criminales, los cuales han sido aplicado a la contribución de la identificación y control sociales del crimen práctico; el otro, medicolegal, tiene que ver con el fundamento del resto del libro: la etiología y la patogenia del delito perpetrado.

Las ciencias penales nos dan una noción de delito y establecen las formas de reprimirlos, pero es a la ciencia criminológica a quien ha correspondido estudiar el fenómeno en cuestión y aplicar los resultados del estudio a la necesidad de defender la paz social y el mejoramiento de la raza humana" (Garófalo, 1885). Más allá del concepto de delito natural, del maestro italiano, debemos considerarlo en el terreno de la investigación criminal, a quien toca descubrirlos, procesarlos y finalmente juzgarlos.

Un delito es *«cualquier acto susceptible de ser sometido a juicio mediante procedimientos penales, y que tiene una de los tipos de consecuencias para perseguir estos procedimientos»* (Glanville Williams, 1955). Por tanto, lo que hace que un acto sea considerado delito corresponde a la Policía, que además es la que hace el primer contacto con los hechos; para los fines del texto, *Policía*[76] es cualquier médico, alguacil, oficial o Ministerio Público, con obvias implicaciones sobre la delincuencia: Así, cuando se presenta una acusación, la persona inculpada comparece ante un juzgado, con las excepciones que incluyen trasgresiones de responsabilidad civil.

---

76. El término *Policía* como conjetura pura, como conjetura metafísica, también puede ser *"una detección médica, una investigación científica, e incluso una interrogación metafísica"*, de acuerdo a Umberto Eco, en *Apostillas a El Nombre de la Rosa. La metafísica policíaca.* Editorial Lumen, España, 1985. Pág. 59.

Los delitos que más se destacan en la sociedad civilizada es el asesinato, la violación sexual y el robo. La medicina forense no pretende abolirlos, sino sostener su punto de vista en el campo de la identificación, que es el contexto del derecho penal y también es el que contribuye a los objetivos de la criminología práctica.

Clasificación de los delitos

a) Atendiendo a la gravedad:

Crímenes: Las violaciones a la ley que lesionan derechos naturales como la vida, la libertad, la salud.

Delitos: Las violaciones a derechos derivados del contrato social; conductas que revisten una peligrosidad importante, pero no llegan a crímenes, como el robo, el fraude, o las lesiones.

Faltas: Los comportamientos de leve entidad que revisten escasa gravedad; son infracciones cometidas a los reglamentos administrativos (de simple Policía).

b) Por la conducta:

1.- Acción: Cualquier violación a la norma penal por parte de un individuo, mediante movimientos corporales voluntarios.

2.- Omisión: La violación de la norma penal parte de un individuo mediante la abstención de movimientos voluntarios.

c) En función de daño

De lesión o resultado material: Aquellos que causan un daño cierto y efectivo en el bien jurídico que la norma penal tutela. El homicidio, el aborto, el robo, la violación.

De peligro o formales: Aquellos que amenazan causar un daño efectivo al bien jurídico tutelado; la conducta no produce resultado material pero sí formal. Porte de armas, delitos contra la salud.

d) Por su duración

Instantáneos: Aquellos que se consuman mediante la realización de una sola conducta y en forma momentánea. Las lesiones, infanticidio, incesto.

Permanentes o continuos: Aquellos delitos en que la conducta que los consuma, crea un estado delictuoso que se prolonga en el tiempo, mientras subsiste la lesión del bien jurídico afectado. El rapto, el secuestro.

Con efectos permanentes: Aquellos en los cuales el resultado dañoso perdura en el tiempo. En esta clase de delitos la conducta es de carácter instantánea, persistiendo el daño causado, a diferencia de los permanentes en que perdura la conducta y el daño simultáneamente: Ejemplo, en el homicidio, la conducta se agota momentáneamente; pero la muerte perdura en el tiempo.

Continuados: Aquellos delitos que se ejecutan por medio de varias acciones, cada una de las cuales importa una forma de violar la ley. El agente realiza de forma idéntica o similares violaciones penales determinadas en la unidad de un propósito concreto. Ejemplo, el robo de un banco por parte de un cajero en varias etapas.

e) Por la forma de persecución

De oficio: Aquellos delitos en los cuales la autoridad interviene en su persecución, previa petición del ofendido. Su persecución se inicia en el momento en que la autoridad tenga conocimiento del hecho. Esta forma de persecución constituye la regla general.

De querella o petición de parte: Aquellos delitos en los cuales la autoridad interviene en su persecución, previa petición de la parte ofendida. Esta forma de persecución constituye la excepción.

f) Por los sujetos que intervienen

Unisubjetivos: Aquellos en que el sujeto que interviene puede ser uno solo. Homicidio, robo. Se le llama de "concurso eventual".

Plurisubjetivos: Aquellos en que el sujeto que interviene pueden ser dos o más individuos. Motín, conspiración, estafa. Se le llama de "concurso necesario".

g) En función del fuero o la materia

Comunes: Aquellos que se formulan en las leyes dictadas por el Congreso, que son convencionales y que se encuentran en el Código penal.

Oficiales: Aquellos que cometen los empleados públicos o funcionarios en el desempeño de sus funciones y cargos.

Militares: Aquellos que afectan directamente la seguridad nacional, la disciplina e integridad del Ejército Nacional.

Políticos: Aquellos que afectan o lesionan la integridad del Estado.

La tabla de materia a la que se refiere el Código Penal dominicano resulta de gran interés para los médicos forenses. Son justamente los denominados delitos convencionales, pues ya existen en la codificación penal vigente. Su lectura es obligatoria para el forense.

Código Penal de la República Dominicana

TÍTULO I
CRÍMENES Y DELITOS CONTRA LA COSA PÚBLICA
CAPÍTULO I
Crímenes y delitos contra la seguridad exterior e interior del Estado
SECCIÓN 1RA.
Crímenes y delitos contra la seguridad exterior del Estado.
SECCIÓN 2DA.
De los crímenes contra la seguridad interior del Estado.
PÁRRAFO I
Atentados y tramas contra el Jefe del Estado.
PÁRRAFO II
SECCIÓN 3RA.

CAPÍTULO II
CRÍMENES Y DELITOS CONTRA LA CONSTITUCIÓN
SECCIÓN 1RA.
De los crímenes y delitos relativos al ejercicio de los derechos políticos.
SECCIÓN 2DA.
Atentados contra la libertad.
SECCIÓN 3RA.
Coalición de funcionarios.
SECCIÓN 4TA.
Usurpación de autoridad por parte de los funcionarios del orden administrativo o judicial.

CAPÍTULO III
CRÍMENES Y DELITOS CONTRA LA PAZ PÚBLICA.

SECCIÓN 1RA.

DE LAS FALSEDADES

PÁRRAFO I

De la falsificación de moneda.

PÁRRAFO II

Falsificación de los sellos, timbres, papel sellado, marcas y punzones del Estado, de los billetes de banco, y de los documentos de crédito público.

PÁRRAFO III

De la falsedad en escritura pública o auténtica, de comercio o de Banco.

PÁRRAFO IV

Falsedades en escrituras privadas.

PÁRRAFO V

Falsedad en los pasaportes, órdenes de ruta y certificaciones.

SECCIÓN 2DA.

De la prevaricación, y de los crímenes y delitos cometidos por los funcionarios públicos en el ejercicio de sus funciones.

PÁRRAFO I

De las sustracciones cometidas por los depositarios públicos.

PÁRRAFO II

Concusiones cometidas por los funcionarios públicos.

PÁRRAFO III

De los delitos de los funcionarios que se hayan mezclado en asuntos incompatibles con su calidad.

PÁRRAFO IV

Del soborno o cohecho de los funcionarios públicos.

PÁRRAFO V

Abusos de autoridad.

PRIMERA CLASE

Abusos de autoridad contra los particulares.

SEGUNDA CLASE

Abusos de autoridad contra la cosa pública.

PÁRRAFO VI

Delitos relativos al asiento de los actos en los registros del estado civil.

PÁRRAFO VII

Del ejercicio de la autoridad pública y legalmente anticipado o prolongado

SECCIÓN 3RA.

Perturbación del orden público, producida por los ministros de los cultos en el ejercicio de su ministerio.

PÁRRAFO I

Contravenciones que pueden comprometer el estado civil de las personas.

PÁRRAFO II

Críticas, censuras o provocaciones dirigidas contra la autoridad pública, en discursos pastorales pronunciados públicamente.

PÁRRAFO III

Censura o provocaciones dirigidas a la autoridad pública en escritos pastorales.

PÁRRAFO IV

Correspondencia entre los ministros de cultos, con Gobiernos Extranjeros, sobre materias religiosas

SECCIÓN 4TA.

Resistencia, desobediencia, desacato y otras faltas cometidas contra la autoridad pública.

PÁRRAFO I

Rebelión

PÁRRAFO II

Ultrajes y violencias contra la autoridad pública.

PÁRRAFO III

Denegación de servicios legalmente debidos.

PÁRRAFO IV

Evasión de presos y ocultación de criminales.

PÁRRAFO V

Fractura de sellos, y sustracción de documentos en los depósitos públicos.

PÁRRAFO VI

Daños hechos en los monumentos públicos.

PÁRRAFO VII

Usurpación de títulos o funciones.

PÁRRAFO VIII

Delitos contra el libre ejercicio de los cultos.

SECCIÓN 5TA.

Asociación de malhechores, Vagancia y mendicidad.

PÁRRAFO I

Asociación de malhechores.

PÁRRAFO II

De la vagancia.

PÁRRAFO III

De la mendicidad.
SECCIÓN 6TA.
Delitos cometidos por medio de escritos, imágenes o grabados distribuidos sin el nombre del autor, impresor o grabador.
SECCIÓN 7MA.
De las sociedades o reuniones ilícitas.

TÍTULO II
Crímenes y delitos contra los particulares.
CAPÍTULO I
Crímenes y delitos contra las personas.
SECCIÓN 1RA.
Homicidio, asesinatos y otros crímenes capitales: amenazas de atentado contra las personas.
PÁRRAFO I
Homicidio, asesinato, parricidio, infanticidio y envenenamiento.
PÁRRAFO II Amenazas.
SECCIÓN 2A.
De las heridas y golpes voluntarios no calificados homicidios. De las violencias y de otros crímenes y delitos voluntarios
Sección 3a.
Homicidios, heridas y golpes involuntarios crímenes y delitos excusables, y casos en que no pueden serlo; homicidio, heridas y golpes que no se reputan crimen ni delito.
Párrafo I
Homicidio, heridas y golpes voluntarios.
Párrafo II
Crímenes y delitos excusables, y casos en que no pueden ser excusados.
Párrafo III
Homicidio, heridas y golpes que no se califican crimen ni delito.
Sección 4a.-
Los atentados a la integridad física o síquica de las personas.
Párrafo I.-
Las agresiones sexuales
Párrafo II.-
Otras Agresiones sexuales
Párrafo III.-
Atentados contra la personalidad y la dignidad de la persona.
Sección 5a.

Detención y encierros ilegales.
Sección 6a.
Atentados a los niños, niñas y adolescentes: Secuestros, traslados, ocultación y abandono de niños, niñas y adolescentes. Abandono de familia. Atentados al ejercicio de la autoridad del padre y de la madre. Atentados a la filiación. Infracción a las leyes sobre las inhumaciones.
Párrafo I.-
De los atentados a niños, niñas y adolescentes. Atentados a la filiación
Párrafo II.-
Abandono y maltrato de niños, niñas y adolescentes.
Párrafo III.-
Secuestro, traslado y ocultamiento de niños y niñas y adolescentes.
Párrafo IV.-
Atentados al ejercicio de la autoridad del padre y de la madre.
Párrafo V
Abandono de familia.
Párrafo VI
Infracciones a las leyes relativas a las inhumaciones.
SECCIÓN 7MA.
Falso testimonio, difamación, injuria, revelación de secretos.
PÁRRAFO I Falso testimonio.
PÁRRAFO II
Difamación, Injurias, Revelación de Secretos.

CAPÍTULO II
CRÍMENES Y DELITOS CONTRA LAS PROPIEDADES
SECCIÓN 1RA. ROBOS
SECCIÓN 2DA.
Bancarrotas, estafas y otras especies de fraudes.
PÁRRAFO I Bancarrotas y estafas.
PÁRRAFO II
Abuso de confianza.
PÁRRAFO III
De las rifas, casas de juego y de préstamos sobre prendas.
PÁRRAFO IV
Delitos contra la libertad de las subastas.
PÁRRAFO V
Violación de los reglamentos relativos a las manufacturas, al comercio y a las artes.

El estudio del delincuente: Clasificación

De las tentativas anteriores de clasificación, recordamos una que recoge muchos autores, como don Leoncio Ramos en sus *Notas para una Introducción a la Criminología* (1953-54), en diccionarios jurídicos de gran fama, porque aún son consideradas como muy válidas. A pesar de su gran número, citaremos solamente algunas de las más importantes:

a) Francis Gall: Dividió a los delincuentes en:

1) Los arrastrados por la pasión, y
2) los que obedecen a instintos innatos.

b) Toulmuche,en:

1) Los arrastrados por la miseria, la ignorancia; los malos consejos o pasiones violentas, y
2) los originariamente viciosos, que son incorregibles.

c) Fregier, basándose en estudios del célebre Vidoçq, dividió a los ladrones en:

1) De profesión;
2) por ocasión o debilidad de carácter, y
3) por necesidad.

d) Ferrus y D'Haussonoville, y más tarde por el eminente autor francés Joli, los clasificaron así:

1) Los de naturalezas inertes, es decir, los hombres que se dejan arrastrar al delito sin resistencia y sin repugnancia, por debilidad de carácter, por falta de voluntad, llevados por la educación, por el medio ambiente, etc., los inertes, representan un peso muerto en la

vida; forman generalmente el ejército de los espías, cómplices, etc., del delito.

2) Los hombres prontos y vivos, cuya imaginación se exaltan fácilmente y a quienes un instante de efervescencia precipita a ojos cerrados en cualquier atentado, son los hombres que en una manifestación pública, producido cualquier disturbio, ante la menor incitación colectiva, atacan a la autoridad, cometen destrozos, hieren, etc., aunque un momento después estén ellos mismos espantados de su acción; son los hombres que ante una ofensa reaccionan desproporcionadamente, muchas veces; es decir, obra en ellos el arrebato;

3) Las personas corrompidas y viciosas; gente cuyo amor al placer, a la vida cómoda, a la haraganería, al lujo inmoderado, las hace vivir sin dignidad, sin respeto por sí mismos; pertenecen a la mala vida delictuosa;

4) Los calculadores feroces, es decir, los criminales que mantienen largo tiempo la firme voluntad de hacer el mal y que con las más perversas intenciones combinan con toda comodidad el empleo de medios violentos.

La clasificación de César Lombroso

1) delincuentes natos; son los incorregibles.
2) locos morales; los atávicos, subnormales.
3) epilépticos;
4) de ímpetu o por pasión;
5) el loco, dividido a su vez en loco de tipo psiquiátrico general, loco alcohólico, histérico y matoide; delincuentes de ocasión;
6) pseudo-criminales, criminaloides, habituales latentes y epileptóides.

La clasificación de Enrico Ferri

1) criminales locos, atacados de idiotismo, delirios de persecución, manías diversas, furias, epilepsia, y otras análogas.

2) criminales natos, los incorregibles o locos morales.

3) criminales habituales, por costumbre adquirida, complicidad del ambiente social, unido a una degeneración orgánica.

4) criminales por pasión, por un ímpetu extraordinario de pasión.

5) criminales de ocasión, por el impulso de la ocasión más que la tendencia innata.

La clasificación de Rafael Garófalo

1) Delincuentes impíos o impiadosos, como los asesinos y faltos de respeto a la vida.

2) Delincuentes ímprobos, los que atentan contra la propiedad.

3) Delincuentes violentos, es decir, aquellos que reaccionan de una manera desordenada en un momento dado.

4) Delincuentes pasionales, los privados de sentimientos de piedad y de probidad.

5) Delincuentes cínicos, los autores de delitos sexuales.

La clasificación de Franz Exner (1957)

I.- Clasificación caracteriológica, según la actitud característica de los individuos para el delito.

II.- Clasificación sociológico-criminal, según la peculiaridad de la carrera delictiva de la persona.

III.- Clasificación psicológico-criminal, según los móviles que conducen a la persona al delito.

IV.- Clasificación biológico-hereditaria, según las presunciones conforme a la disposición del delito.

V.- Clasificación político-criminal, según la clase de tratamiento correspondiente al fin; y finalmente.

VI.- Clasificación legal del delincuente como la que se apoya en el Código penal vigente.

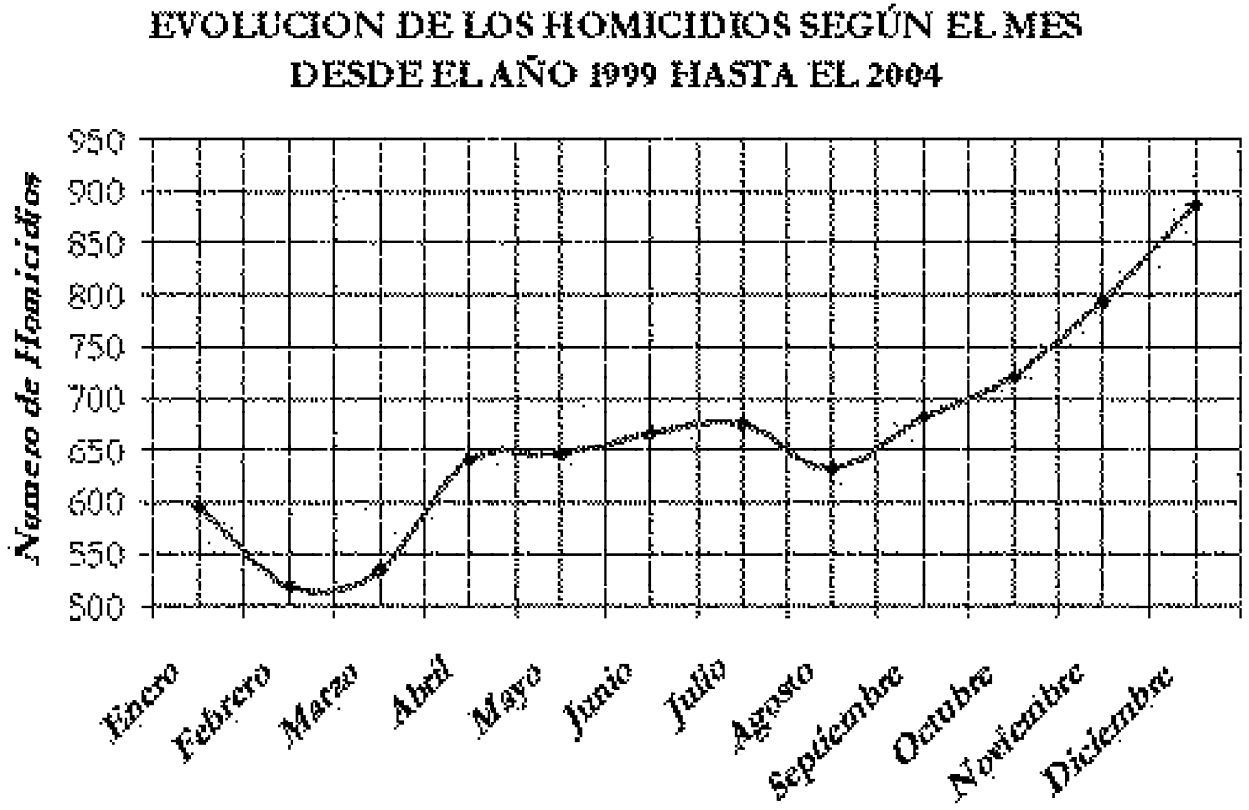
Delincuentes acusados:

En función de que muchos delitos no son *denunciados*, no son aclarados por la Policía y no son examinados por los peritos médicos. Pero si sucede que tiene lugar la acción de la Policía, el acusado adquiere una condición en particular, sea porque haya admitido su culpa o sea porque el juzgado haya emitido un veredicto de culpabilidad.

Aún así, las denuncias de delitos son una representación de estadísticas oficiales muy distinta de la cifra real sobre la mayoría de delitos ocurridos.

Delincuentes juzgados:

La medicina legal tiene gran interés por la persona culpada que va a un juzgado. Pero es notorio en este capítulo que desde la perspectiva criminológica el asunto reviste un interés aún mayor, al reunir datos importantes sobre el destino del infractor desde el momento de la aprehensión hasta el de recibir la sentencia. Mientras a la segunda, le interesa inferir sobre correlaciones acerca de qué grupo social es más sentenciado a un determinado delito, precisar la conducta delictuosa de tal o cual grupo, estableciendo los por cientos en cuanto a los delitos más comunes, las conductas de los jueces en relación a las sentencias, la influencia que tuvo la defensa de los abogados u otros agentes que hayan influidos en el resultado;



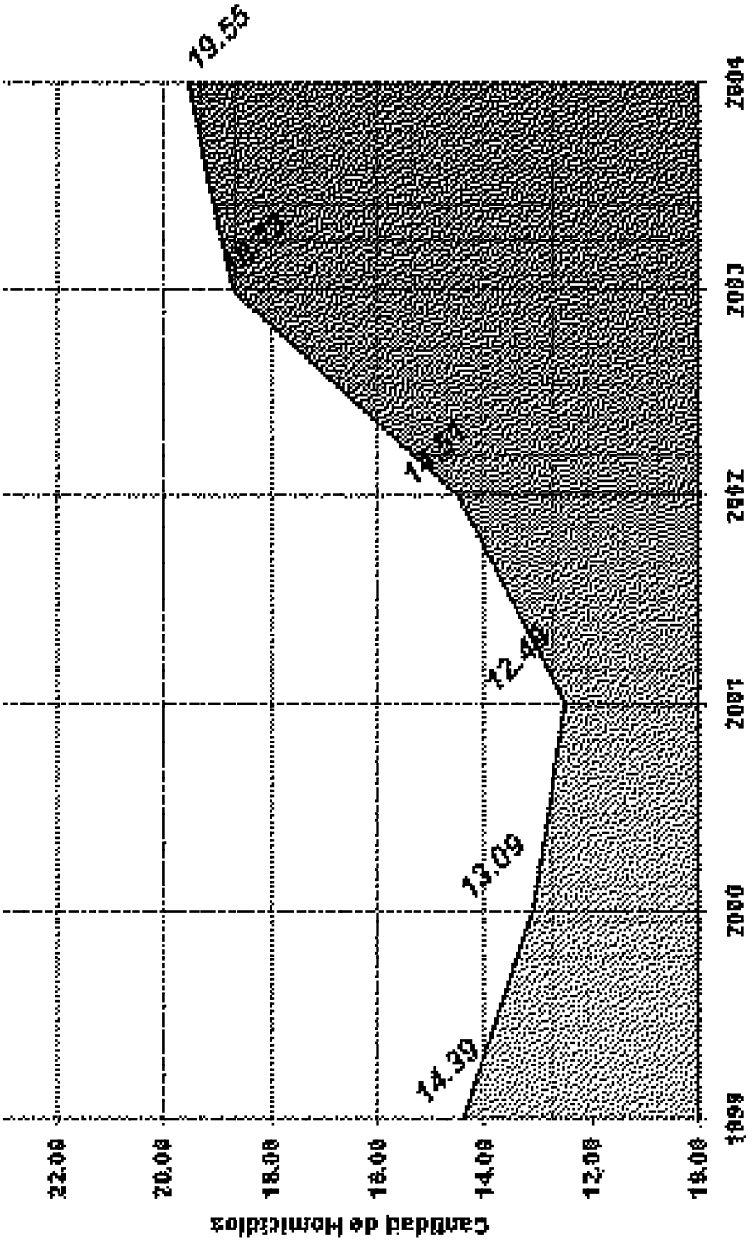
EVOLUCIÓN DE LOS HOMICIDIOS SEGÚN EL MES DESDE EL AÑO 1999 HASTA EL 2004
Fuente: Procuraduría General de la República

Mes / Año	1999	2000	2001	2002	2003	2004	TOTAL
Enero	99	90	82	70	109	146	596
Febrero	85	69	85	70	78	131	518
Marzo	100	78	84	74	85	116	535
Abril	104	102	102	71	106	156	641
Mayo	128	71	92	111	141	113	646
Junio	109	82	78	126	133	138	666
Julio	117	93	90	125	122	129	676
Agosto	70	104	93	112	151	101	631
Septiembre	81	90	110	139	173	89	682
Octubre	84	95	85	115	175	167	721
Noviembre	101	108	75	121	204	184	793
Diciembre	109	119	99	108	172	280	887
TOTALES	1187	1091	1085	1242	1649	1749	7992

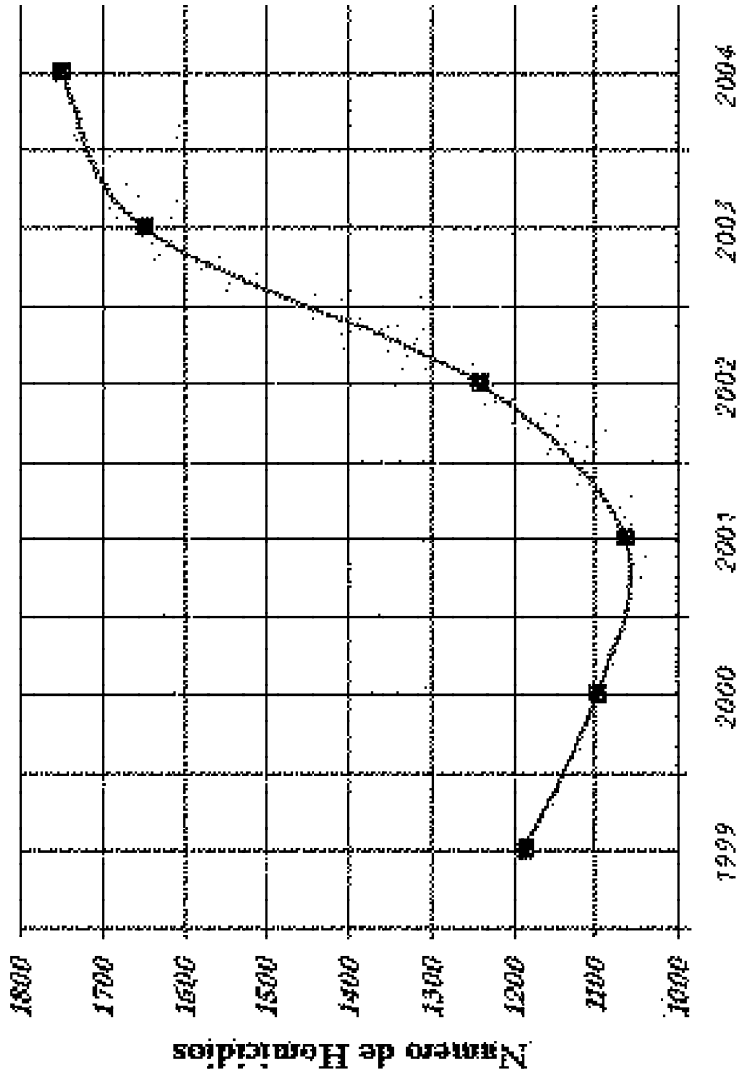
NÚMERO DE HOMICIDIOS SEGÚN EL MES DESDE EL AÑO 1999 HASTA EL 2004
Fuente: Procuraduría General de la República

AÑO	No. De Homicidios	Población por año	Tasa de Homicidios
1999	1,187	8,247,732	14.39
2000	1,099	8,396,164	13.09
2001	1,065	8,527,746	12.49
2002	1,242	8,562,541	14.51
2003	1,649	8,804,318	18.73
2004	1,750	8,949,725	19.55
TOTAL	7992	8,581,371	15.52

TASA DE HOMICIDIOS POR CADA 100,000 HABITANTES. REPUBLICA DOMINICANA 1999-2004
Fuente: Policía Nacional

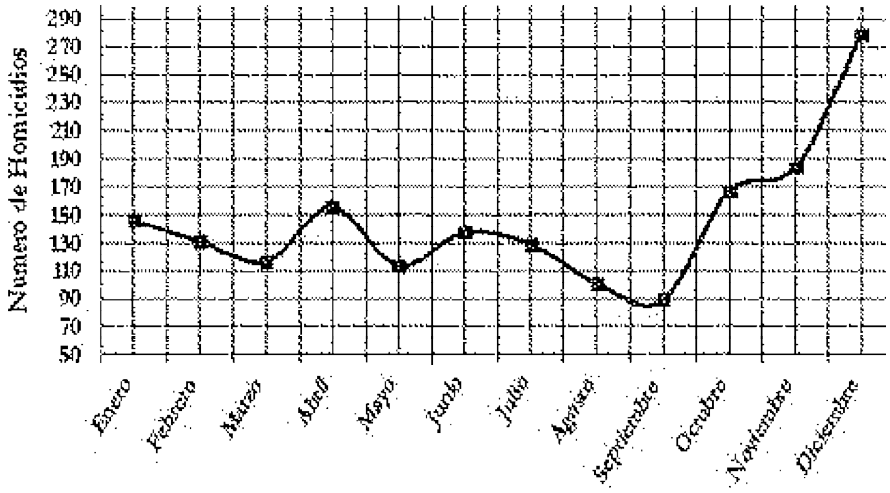


TASA DE HOMICIDIOS POR CADA 100,000 HABITANTES. REPUBLICA DOMINICANA 1999-2004
Fuente: Policía Nacional



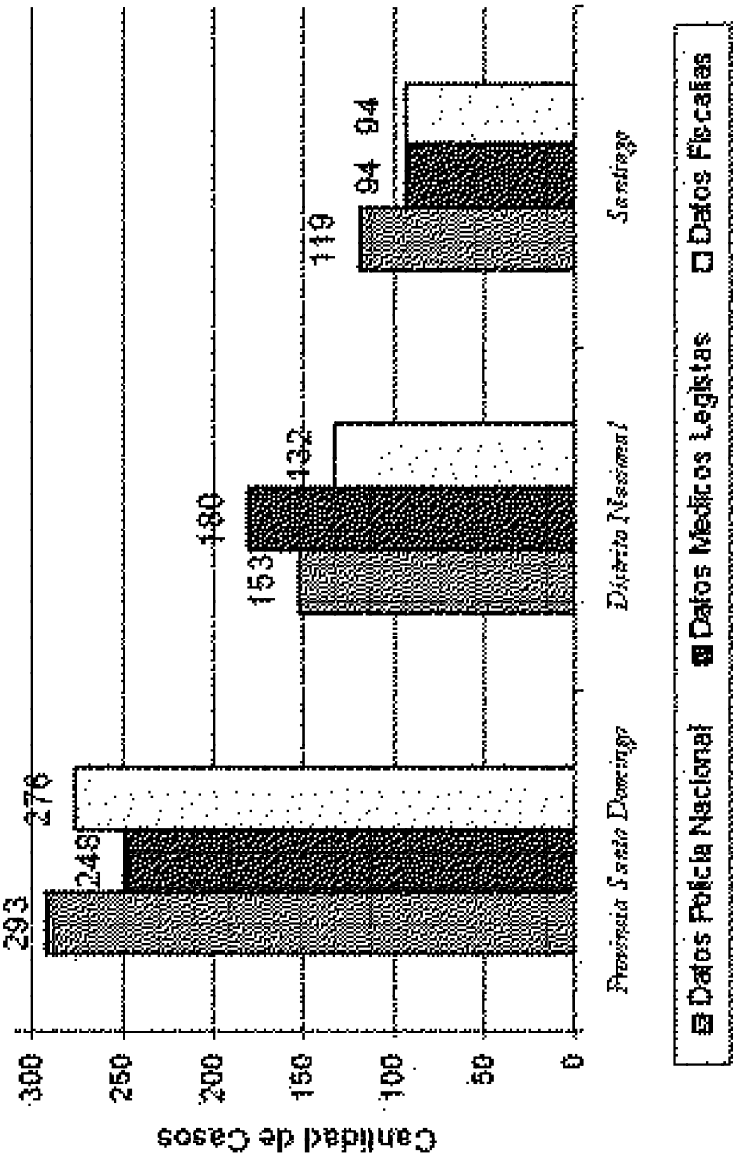
NÚMERO DE HOMICIDIOS SEGÚN EL AÑO. 1999-2004
Fuente: Procuraduría General de la República

AÑO	No. de Homicidios
1999	1187
2000	1993
2001	1085
2002	1242
2003	1649
2004	1750
TOTAL	7992



NÚMERO DE HOMICIDIOS SEGÚN EL AÑO. 1999-2004
Fuente: Policía Nacional

Mes	Número de fallecidos
Enero	146
Febrero	131
Marzo	116
Abril	156
Mayo	113
Junio	138
Julio	129
Agosto	101
Septiembre	89
Octubre	167
Noviembre	184
Diciembre	280
TOTAL	



NÚMERO DE HOMICIDIOS
PROVINCIA DE SANTO DOMINGO, DISTRITO NACIONAL Y SANTIAGO. ENERO - MAYO 2005.
Fuente: Policía Nacional, Médicos Legistas y Fiscalías

Barrio / Sector / Avenida	No. Homicidios					Total
	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	
Alma Rosa	4	2	0	4	2	12
Aut. San Isidro	0	0	1	0	2	3
Av. 6 de Noviembre	0	0	1	0	1	2
Av. Charles de Gaulle	0	0	1	1	0	2
Av. Las Americas	0	0	0	1	0	1
Av. San Vicente de Paul	0	0	1	0	0	1
Batey Bienvenido	0	0	2	0	0	2
Boca Chica	3	4	6	3	2	18
Brisas del Este	1	0	4	1	0	6
Canelon	5	1	1	3	3	13
Carretera Mella	0	0	0	1	2	3
El Almirante	1	5	0	2	1	9
El Laurinde	0	1	1	6	1	9
Enquembe	0	0	0	2	0	2
Guerra	1	1	1	0	2	5
Haina	2	2	1	0	0	5
Herrera	6	5	3	6	7	27
Indeterminados	0	2	0	0	0	2
Invivienda	0	0	0	2	1	3
Km. 10 1/2, 13 y 28 Las Americas	0	2	2	0	3	7
Km. 9, 18, 20, 24, 29 Aut. Duarte	3	4	1	1	2	11
La Caoba	0	1	0	0	0	1
La Malena	0	0	0	1	0	1
La Victoria	0	0	0	2	2	4
La Yuca	0	1	0	0	0	1
Las Caobas	0	1	1	0	0	2
Los 600	1	0	0	0	0	1
Los Alcarrizos	1	1	5	2	5	16
Los Frailes	5	0	0	0	0	5
Los Mameyes	3	3	2	2	0	10
Los Mina	2	4	0	1	5	12
Los Rios	0	0	1	2	4	7
Los Tres Brazos	1	1	1	0	0	3
Los Tres Ojos	0	0	1	0	1	2
Los Trinitarios	2	1	1	0	2	6
Manoguayabo	2	2	3	1	0	8
San Isidro	3	1	0	1	0	5
Villa Duarte	6	2	1	1	5	15
Villa Faro	1	3	0	0	2	6
Villa Mella	8	7	11	5	12	47
TOTAL	66	67	62	58	86	339

NÚMERO DE HOMICIDIOS SEGÚN BARRIOS, SECTORES Y AVENIDAS.
ENERO - MAYO 2005
Fuente: Policía Nacional

Datos Policia Nacional	TOTAL HOMICIDIOS					Total
MES	Enero	Febr.	Marzo	Abril	Mayo	
Provincia Santo Domingo	60	57	52	58	66	293
Distrito Nacional	28	35	33	31	26	153
Santiago	28	21	25	16	29	119
TOTAL	116	113	110	105	121	565

Datos Medicos Legistas	TOTAL HOMICIDIOS					Total
MES	Enero	Febr.	Marzo	Abril	Mayo	
Provincia Santo Domingo	44	46	53	46	65	248
Distrito Nacional	39	55	30	34	22	180
Santiago	22	16	21	12	23	94
TOTALES	105	111	104	92	110	522

Datos Fiscalias	TOTAL HOMICIDIOS					Total
MES	Enero	Febr.	Marzo	Abril	Mayo	
Provincia Santo Domingo	41	62	51	50	72	276
Distrito Nacional	23	37	24	34	14	132
Santiago	22	16	21	12	23	94
TOTALES	86	115	96	96	109	502

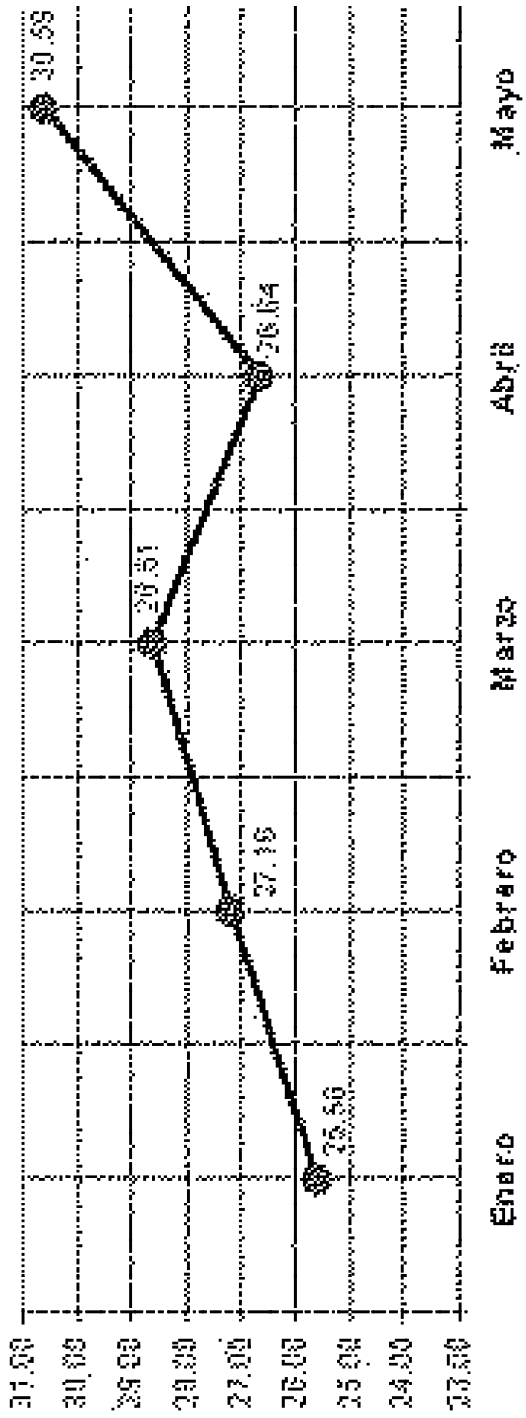
NUMERO DE HOMICIDIOS SEGÚN PROVINCIAS
MAYO 2005, REPUBLICA DOMINICANA
DATOS POLICIA NACIONAL, MEDICOS LEGISTAS Y FISCALIAS

NUMERO DE HOMICIDIOS SEGÚN PROVINCIAS
MAYO 2005, REPUBLICA DOMINICANA
DATOS POLICIA NACIONAL, MEDICOS LEGISTAS Y FISCALIAS

AÑO	No. De Homicidios	Poblacion por año	Tasa de Homicidios
1999	1,187	8,247,732	14.39
2000	1,099	8,396,164	13.09
2001	1,065	8,527,746	12.49
2002	1,242	8,562,541	14.51
2003	1,649	8,804,318	18.73
2004	1,750	8,949,725	19.55
TOTAL	7992	8,581,371	15.92

Nota: Datos de poblacion según Proyeccion al 2005 de la ONE.
(Poblacion aprox. 9,100,183 hab).

Fuente: Oficina Nacional de Estadisticas (ONE).



TASA DE HOMICIDIOS POR CADA 100,000 HABITANTES. ENERO - MAYO. 2005
Fuente: Policía Nacional.

	Provincias	Número de Homicidios Enero-Mayo	Tasa de Homicidios p.c 100,000 Habitantes	Muertos por la PN y M. en Servicio	Tasa sin Muertos PN y M.
1	DISTRITO NACIONAL	153	40.20	29	32.58
2	SANTO DOMINGO	293	36.69	59	31.29
3	AZUA	15	19.39	2	16.09
4	BAHORUCO	16	41.98	0	41.98
5	BARAHONA	13	17.41	0	17.41
6	DAJABON	1	3.87	0	3.87
7	DUARTE	39	32.98	5	28.75
8	EL SEIBO	7	19.82	0	19.82
9	ELIAS PIÑA	3	11.27	0	11.27
10	ESPAILLAT	13	20.26	4	15.99
11	HATO MAYOR	6	21.91	3	13.69
12	INDEPENDENCIA	2	9.44	0	9.44
13	LA ALTAGRACIA	28	36.92	6	29.01
14	LA ROMANA	30	32.76	4	28.39
15	LA VEGA	35	21.81	6	16.83
16	MARIA T. SANCHEZ	13	22.99	1	21.22
17	MONSEÑOR NOUEL	12	18.61	3	14.32
18	MONTE CRISTI	12	25.94	1	23.78
19	MONTE PLATA	9	11.97	0	11.97
20	PEDERNALES	1	11.32	0	11.32
21	PERAVIA	29	39.56	7	29.67
22	PUERTO PLATA	28	19.95	3	17.65
23	S. CRISTOBAL	59	22.52	16	15.31
24	S. JOSE OCOA	7	26.94	1	23.09
25	SALCEDO	4	9.96	0	9.96
26	SAMANA	6	15.67	1	13.06
27	SAN JUAN	26	19.91	1	18.91
28	SAN PEDRO DE M.	46	36.59	20	20.68
29	SANCHEZ R.	12	19.06	0	19.06
30	SANTIAGO	119	31.45	40	20.98
31	SANTIAGO ROD.	4	16.10	1	12.07
32	VALVERDE	19	27.29	2	24.26
	TOTAL	1051	27.72	214	22.07

TASA DE HOMICIDIOS POR PROVINCIA
QUINQUEMESTRE ENERO - MAYO 2005
Fuente: Policía Nacional

a la medicina legal, por su parte, participa de las formas de imputación o absolución del imputado. Finalmente están los delincuentes sentenciados.

III. Victimología dentro de la medicina legal

La victimología goza de gran prestigio en la Enciclopedia de las Ciencias Penales; nos referimos a ella como un área nueva dentro de la criminología secular, que es de gran importancia. Su objeto de estudio es el estudio científico de las víctimas y de los tipos victimales. El delincuente y la víctima son diferentes; el derecho victimal se refiere de manera muy particular a las personas que le causan daños a una u otras personas.[77]

Dentro de las ciencias penales se habla de la víctima como una figura simbólica y abstracta, y predomina más el estudio del delincuente en situaciones relacionadas con su moral, que están asociadas con el alcohol, drogas, la moral sexual y los juegos. En estos casos, siempre el delincuente es una víctima potencial.

---

77. Véase la obra *Modelo de Atención a Víctimas en México* (1997), de la doctora Lima Malvido, de la que extraemos la siguiente definición de Derecho victimal. *Citamos: "Conjunto de principios, valores, normas y procedimientos jurídicos locales, nacionales e internacionales tendentes a requerir, posibilitar y controlar las prerrogativas y pretensiones de las víctimas de delitos y abusos de poder», Pág. 208.*

Derechos humanos de primera generación: Son llamados derechos de la primera generación a los individuales o civiles que tiene el hombre por el hecho de nacer, y que para surgir no requieren la definición axiológica por un documento jurídico como la Constitución.

Derechos humanos de la segunda generación: Los derechos humanos de la segunda generación son todas las prerrogativas o pretensiones que los ciudadanos, individual o colectivamente, pueden esgrimir frente a la actividad social y jurídica del Estado; es decir, implican poder exigir a éste determinadas prestaciones.

Derechos humanos de la tercera generación: Los derechos humanos de la tercera generación son los llamados derechos de los pueblos, aquellos de la comunidad como ente colectivo, por ejemplo, los derechos ecológicos, son todos los que surgen gracias a la cooperación internacional.

Pero en el enfoque medicolegal la víctima es considerada un ente concreto y real, no potencial. Con certeza, la víctima que ha sufrido un daño, o que ha perdido la vida cambia el concepto que tenemos de los hechos, el concepto del criminal, incluyendo la forma en que se ha integrado la misma víctima en los sucesos, y que pueden dar un conocimiento en las que estas sean reconocidas como agresoras.

La medicina legal identifica a las víctimas, y eso conlleva al descubrimiento del delincuente; establece cuáles fueron sus motivaciones, su relación con la víctima, cuál ha sido la acción o los actos proscritos por el victimario y cuáles las circunstancias específicas.

IV. Institución carcelaria

La medicina legal y la medicina carcelaria es una sola. Lo que acontece es que esta última dista mucho de interactuar en los establecimientos penales del país según los criterios de la medicina forense. Obviamente se cumplen la disposición de la ley de autopsia, de dar carácter de obligatoriedad a las autopsias en casos de muertes en prisión; corresponde al Cuerpo Médico Forense realizar servicios en los establecimientos penitenciarios, en compañía del personal formal, cuya tarea es la de satisfacer las mismas necesidades del resto del equipo de trabajo social en beneficio de los internos del lugar.

Pero la finalidad principal de la medicina carcelaria es la de apoyar o asistir la función rehabilitadota de la sanción penal, permitiendo un servicio de salud en los establecimientos penitenciarios ya que con su ayuda los penados puedan estar en condiciones de «reintegrarse armoniosamente en la sociedad y no volver a reincidir». La característica fundamental de la medicina carcelaria radica en realizar actividades médicas para personas que están purgando una condena, o que se encuentran privados de su

libertad como consecuencia de una sanción penal, las cuales van a tener un fin práctico.

La condición de convictos implica reconocer el alto porcentaje de problemas de salud física y mental, de conducta, de adición al alcohol y drogas, con incidencias más elevadas de lo normal de problemas tales como la hepatitis, la infección HIV, la tuberculosis, la hipertensión, la úlcera de estómago, etc., aparte de que frecuentemente padecen de trastornos de su personalidad.

Los distintos problemas éticos que plantea la medicina penitenciaria se pueden analizar desde las perspectivas siguientes, debiendo tener en cuenta el respeto a los derechos de los enfermos en el trato humano de los mismos en un medio y circunstancias en los que no se dan los requisitos de la relación asistencial normal.[74]

- Deberes y relaciones profesionales del personal médico y sanitario penitenciario. Relaciones y coordinación con los funcionarios del establecimiento penitenciario.
- Acogida del interno en el establecimiento desde el punto de vista sanitario.
- Organización y peritación de la asistencia médico-quirúrgica tanto programada como de urgencia (Procesos naturales, autoeliminación, ingestión de objetos, lesiones, malos tratos por otros internos, etc.).
- Funciones de prevención y promoción de la salud.
- Dietas alimentarias especiales (Quejas, por ejemplo, de pacientes con SIDA que requieren dietas de 4000 calorías).
- Prescripción y distribución de medicamentos (Analgésicos, sedantes).
- Atención a drogodependientes.
- Atención a infectados por el virus HIV.
- Asistencia mental (Delirios, excitación, delitos, depresión, intentos de suicidio).
- Servicios psiquiátricos penitenciarios.
- Derechos de los pacientes: información, consentimiento, confidencialidad.

- Participación de los médicos en los procedimientos penitenciarios de gestión.
- Pericia médico-legal en los internos por malos tratos en la cárcel
- Higiene y seguridad general y del trabajo.
- Intervención del médico en el régimen disciplinario y de seguridad. En la reducción de acceso de agresividad o agitación, huelgas de hambre y situaciones parecidas.
- Coordinación de la sanidad penitenciaria con la general a toda la población.
- Gestión de las quejas y reclamaciones de los internos.
- Evaluación interna y externa de los servicios de sanidad penitenciaria (Salud materno infantil).
- Documentación de los actos médicos. Historias clínicas. Informes y certificados.
- Participación de los internos en investigaciones médicas y ensayos clínicos.[78]

Muerte en custodia

En todas las prisiones del mundo mueren muchas personas, a pesar de que las normas internacionales protegen a los detenidos en establecimientos de cumplimiento de condena; a pesar de que existen reglamentos establecidos por la ONU, sobre tratamiento a los reclusos. Cuando se conoce de la muerte de un interno se debe realizar una minuciosa investigación forense, que incluya la autopsia, para establecer si se ha tratado de un suicidio o de un homicidio.

78. Estas *perspectivas* sobre los fines de la medicina carcelaria, hoy, fueron tomados del artículo *Ética de la Medicina Penitenciaria,* del profesor Antonio Piga Rivero. Universidad de Alcalá, Madrid. Facultad de Medicina. Departamento de Ciencias Sanitarias y Médico-Sociales.

También es necesario tomar en cuenta si la muerte que se ha suscitado guarda relación con alguna enfermedad o posible envenenamiento y, sobre todo, si hubo tortura. Es por eso que el médico visitador de presos, debe de examinar a cada interno, tan pronto como sea posible, al ingreso en la prisión, para que las autoridades no puedan alegar que llegó en malas condiciones físicas, y puedan negar la existencia de tortura, si la hay. Es aún más importante, que los médicos no expidan constancias de defunción falsas.

La forma en que los internos mueren en una prisión es muy diversificada; van desde la causa natural, especialmente súbitas y repentinas; en forma de suicidio u homicidio, debido al proceso mortificador del encierro, que unas veces crea en el interno un estado depresivo o agudas tensiones y conflictos, o por el exceso policial de los guardias. Algunos fallecen por accidentes, sobre todo con traumas eléctricos, producido por el desorden imperante en esos lugares infortunados, con instalaciones físicas semejante al infierno de Dante.

También es característico en las víctimas reclusas la muerte por asfixia, casi siempre tras producirse el motín en la que el fuego es el elemento que nunca falta, pues, es la única forma de los reclusos poder advertir a la sociedad, al fiscal, de lo que allí está aconteciendo. La muerte por asfixia, se produce rauda a consecuencia de inhalar gran cantidad de monóxido de carbono, producto de la combustión de gases. En la jerga carcelaria, los prisioneros emplean la expresión de *submarino seco*, que es una bolsa de plástico con cemento, o cualquier otro material seco en la que se obliga al recluso a meter la cabeza con intento de torturarlo; y *submarino mojado*, cuando hay que meter la cabeza en un balde de agua, orina, o cualquier sustancia líquida, para ahogarlo total o parcialmente.

En los casos de muerte por ahorcamiento y por estrangulación a lazo, el médico forense va a establecer diferencias. Es más difícil matar a una persona por ahorcamiento, sin que en este acto la víctima no se defienda; en cambio, una persona puede acercarse a otra por detrás y estrangularla. En el ahorcamiento existirán marcas de la

cuerda en la parte alta del cuello, y el rostro estará pálido. En los casos en que el rostro se muestre blanco, es que la compresión de oxígeno es totalmente completa, y azul cuando la compresión permite pasar un poco del oxígeno. Hay menos fracturas de huesos en el ahorcamiento que en la estrangulación. En la estrangulación es más característico encontrar la huella en el cuello, en la parte baja, usualmente horizontal; el rostro aparece congestionado y puede haber sangrado en la boca u oídos. Además de que puede observarse violencia en el sitio, como si se hubiera producido un combate.

Fines y rehabilitación

Alrededor del personal penitenciario gira todo el conocimiento reunido por la criminología científica, la medicina carcelaria, sobre la eficacia de la institución, debido a que la gran cantidad de actividades que hay que realizar y el interés de conjunto que capacitan las acciones de los funcionarios médicos dentro de la prisión, en la que el material de trabajo lo constituye, obviamente, las necesidades materiales y de salud de los reclusos.

El principal propósito del personal es perpetuar la idea de controlar estas necesidades, para lo cual es necesario mantener primeramente el control sobre la vida, el tiempo y lugar en que se encuentran los reclusos. Son las llamadas *normas de humanidad*, o reglas establecidas en cuanto a los derechos de los internos, dado que existe una perspectiva institucional que determina los fines de la condena. La más importante de estas *normas de humanidad*, es sin duda, procurar la asistencia y la inspección, bien sea legal, médica o terapéutica de los reclusos, pues domina la idea de que *"con la ayuda del personal volverán a aprender a vivir en sociedad"*; aunque existe el respeto a los derechos de los internos en tanto son personas dignas de trato humano, el personal de las prisiones está pendiente de desbaratar las intenciones de suicidio, de desorden y de mal comportamiento en el penal.

Hay, no obstante, una gran variedad de toda clase de personal en la administración penitenciaria, la cual debe trabajar para la

rehabilitación. En primer lugar, está el personal directivo superior, que está representado por los funcionarios de mayor jerarquía en la institución, es el director de la administración; los asesores, la junta consultiva, el consejo de directores, si los hay, realizan las labores de diseño del modelo de sistema penitenciario. Todos ellos se esfuerzan por recomponer la imagen de la prisión ante la sociedad y de advertir de sus prioridades.

Están, luego, los profesionales de orientación académica: los médicos y los psiquiatras, las enfermeras y los psicólogos, los orientadores y los trabajadores sociales, debiendo existir un equipo de abogados, que realizan los servicios legales a los internos. Ello significa que coexisten varios modelos de atención institucional hacia el recluso. Es muy característico en este tipo de personal técnico o de tratamiento (modelo médico) reflejar en su contacto con los internos una insatisfacción, mostrar simpatía hacia los reclusos y por veces estar malhumorados, dado que se quejan todo el tiempo de no poder practicar su profesión como desean.

Otro grupo del personal de prisiones con los que nos encontramos, lo constituyen el personal de planta o la administración de la institución; son, por así decirlo, el cerebro de la organización carcelaria. Además de los ejecutivos, que está formado por las personas encargadas de llevar a efecto la administración de los recursos económicos, la política y las actividades que la institución ejecuta, suplir los centros carcelarios de todo cuanto necesitan, deben, pues, estudiar sistemáticamente toda la problemática carcelaria, involucrarse en los problemas regimentales de los reclusos y adiestrarse periódicamente.

Realidad social del internado-liberado

Con el término de *"liberados"* designamos a todos aquellos individuos *egresados* de instituciones penitenciarias, sea en forma anticipada, bajo condiciones o de manera definitiva, que «abandonan

la tremenda experiencia de la prisión». Sin embargo, la incomprensión de esta realidad de parte del mismo recluso la tratamos aquí como parte integral del amplísimo ámbito de estudio de la delincuencia institucionalizada, puede tomar partido desde el punto de vista medicolegal.

En cuanto a los patronatos de egresados de la prisión en la región sudamericana, en Europa occidental y en los Estados Unidos es un hecho que los sistemas penitenciarios gocen de relativo éxito en materia de rehabilitación y readaptación social de los institucionalizados. La razón es sencillamente que estos países han favorecido que los establecimientos penitenciarios hayan evolucionado de la cárcel dura y cerrada como la nuestra, a formas alternativas de la prisión que ha permitido un adecuado funcionamiento de la asistencia post-penitenciaria y de la Libertad Condicional. Los médicos forenses son parte de esta Junta de Libertad Condicional, o de Indultos, que a lo que apenas nos aproximamos.

En Argentina son conocidas las federaciones de instituciones post-penitenciarias, la Junta Estadual de indultos; en Europa sabemos, más o menos, como funciona dicho sistema, y en los Estados Unidos, hablamos de los *parolées*, los liberados condicionados, etc..

En la República Dominicana, la cuestión penitenciaria es aún más compleja, no sólo porque no se cumplen las funciones penales de la institución, no sólo porque han fracasado las alternativas de las penas, tanto privativas de libertad como no privativas, sino porque no existen sustitutivos de la prisión. En medio de esta realidad, la superpoblación carcelaria, a través de los presos provisionales, es el verdadero rostro del régimen carcelario dominicano.

Por otro lado, existe hacia los egresados de cárceles un desinterés generalizado, un rechazo social que la sociedad ha dejado entrever de muchas maneras, sin darse cuenta de que son ellos, justamente, los que dejan al descubierto la verdad que no sabemos sobre la vida y las costumbres de los condenados. La realidad de los egresados es de suma importancia para la medicina penitenciaria,

que le ha asignado gran valor a los rubros atinentes a la disminución de la criminalidad, de la reincidencia y de la prevención del delito.

Preferimos utilizar la categoría de *"egresados"* para designar a todos aquellos individuos institucionalizados que permanentemente están en éxodo de la prisión, sea por el agotamiento de la condena (liberados), sea por la revocación de la prisión provisional, los descargos, indultos, las excarcelaciones, etc. El término de *"liberados"* es preferible, dado que con él denotamos una cierta categoría de prisioneros egresados en forma definitiva.

En materia de asistencia post-penitenciaria se asume que éste liberado definitivo ha partido de la Libertad Condicional, en la forma que fuere, como lo consigna nuestro régimen progresivo individual, con elementos del sistema penitenciario progresivo técnico o irlandés. Existe, como se ve, una razón poderosa para la actuación medicolegal, durante el proceso de la prisión.

En cuanto a la Libertad Condicional, una institución jurídica estrechamente ligada a la sanción de la prisión, ella es aplicable a la liberación como parte complementaria de la libertad preparatoria. Aunque en un sistema progresivo como el nuestro no se divisa una forma de verificación de la progresividad del sistema; porque hay que tomar en cuenta el escaso nivel de organización penitenciaria. Sencillamente la Libertad Condicional no funciona como una forma de cumplimiento otorgado por un órgano jurisdiccional y de acuerdo a ciertos requisitos legales. La modalidad dominante en nuestras cárceles está determinada por la vigilancia bruta (cárcel dura) y por tendencias peligrosas de la prevención negativa, que están haciendo que el crecimiento de la población sea cada vez mayor.

Este crecimiento de los reclusos encuentra en la problemática de la asistencia post-penitenciaria serios obstáculos, incluso para la medicina legal estatal.

Es importante el que conozcamos el origen de la asistencia post-penitenciaria, así como su evolución, que en los sistemas penales han favorecido la aparición de organizaciones y de acciones vinculadas a los presos y a formas de acciones y beneficencias dentro de las cárceles. Podemos citar aquí las cofradías, confraternidades

e instituciones dedicadas al trabajo de los egresados, en general. En la Edad Media*, «La Cofradía El Padre de los Huérfanos de Valencia»* y la *«Archicofradía de la Caridad y Paz»*, en la Edad Moderna, *«La Obra de las Prisiones»*, en Francia (1954), *«La Asociación del Buen Pastor»*, en España, *«Primer Patronato de Egresados de la Cárcel»,* en Dinamarca (1797), en la *«Pennsylvania Prison Society»*, (1789), el *«Congreso Penitenciario de Cincinnati»* (1870) y el *«Congreso Internacional de Londres»*, de 1872.

Desde el siglo XIX la Libertad Condicional ha estado vinculada a dos objetivos muy específicos de la asistencia post-penitenciaria:

1) Asistir a los egresados de la cárcel;
2) Crear un sistema de control diferente y óptimo.

Las bases filosóficas de la Libertad Condicional están fundamentadas en la convicción de la *«perfectibilidad del ser humano»*, en hacer que el egresado de cárcel sea amigo de la prisión y no abandonar al hombre que ha sufrido los embates del encierro.

Los beneficios sociales permiten disminuir los costos del trabajo carcelario, contribuir a mejorar la comunidad carcelaria, verificar los resultados de la institución carcelaria sobre los delincuentes institucionalizados y los detenidos en penitenciarías, permite reconstruir la vida del hombre preso, a favor del grupo al que pertenece.

En cuanto a los aspectos penológicos, se descongestionan las cárceles, permitiendo una evaluación interdisciplinaria de la progresividad del sistema penal progresivo y la modulación de la pena; por último, disminuye la reincidencia.

El tiempo gradual de los internos de las prisiones deben evitar a toda costa las penas indefinidas; penas ilimitadas, aunque en las legislaciones se prefieran las penas largas a los fines de hacer valer la Libertad Condicional (La Libertad Condicional no se aplica a penas cortas).

Entre los antecedentes prácticos de la Libertad Condicional hemos averiguado sobre la existencia de: *La Casa de Refugios* de New York (1825), *La Penitenciaría de Petitte Roquette*, en Francia (1832), *El Sistema de Montesinos* (1835) y el *Sistema de Boletas*, del capitán Maconochie (1849) en Norfolk, Australia y posteriormente sir Walter Crofton (1854), en Irlanda.

El vínculo de la Libertad Condicional y la asistencia postpenitenciaria lo reconocemos en la célebre frase de don Luis Jiménez de Asúa: *«Unos de los mejores medios para probar los resultados del sistema penitenciario es la libertad vigilada».*

Capítulo VIII

MEDICINA LEGAL Y CRIMINALISTICA

Medicina Legal y Criminalistica. I. Criminalistica; II. Principales técnicas de identificación; La identificación medicolegal; En el diagnóstico de la edad; En el diagnóstico del sexo; En el diagnóstico de la talla; En el diagnóstico de la raza; La identificación dental; Objetivos de la investigación odontológica forense; Circunstancias que dificultan la identificación dental; La identificación policial; III. La escena del crimen; Tipos de escena; Lo que debe tenerse en cuenta en una escena de crimen; Rastros de indicios medicolegales en el lugar de los hechos; Sangre; Semen; Examen de pelos; Osteoantropología; Determinación de raza, sexo, edad; Balística Medicolegal; IV. Sexología Forense; Himen; Formas de himen; Condición del orificio himenal; Protocolo del Abuso Sexual; Indicadores del Abuso Sexual; Los indicadores del abuso sexual en adolescentes más comunes son; Valoración global del Abuso Sexual; Ninguna evidencia de abuso; Posible abuso; Probable abuso; Evidencia definitiva de abuso o contacto sexual; Hallazgos más frecuentes en el examen físico; Violación sexual; Virginidad y desfloración; Abusos deshonestos; Aborto; Tipos de abortos; Infanticidio.

I. Medicina Legal y Criminalistica

Criminalistica

Los primeros estudios de Policía Judicial científica que tuvieron buen desenvolvimiento y relativo éxito parten del siglo XIX. Debemos citar algunos nombres, como el de Alfonso Bertillón y el

de Edmundo Locard, quienes fundaron la criminalistica. En el libro *Criminología de los delitos de sangre en España* (1905), refiere don Constancio Bernaldo de Quirós, un curso de investigación judicial científica en la Nueva Universidad de Bruselas, dado por Alfredo Nicéforo–otro de los fundadores de la criminalistica–, en el que trató de la inspección en el lugar del delito, de la del cadáver, del estudio de las huellas visibles del delito, de las investigación de las huellas invisibles, de la identificación de los delincuentes, antropometría judicial, *portrait parlé*, entre otros.[79]

En conjunto, esos elementos citados constituyen la llamada *criminalistica de campo,* la cual incluye hoy en día, además de esos aspectos, otros tales como la balística, la experticia de falsificaciones de documentos (cheques, pasaportes, papel moneda, títulos de propiedad), experticia caligráficos (tarjetas de créditos, documentos falsos), experticia de substancias controladas, laboratorio de toxicología forense, entre otras técnicas. Dos importantes áreas anexamos a este cuadro de especialidades: la antropología y la odontología forenses.

II. Principales técnicas de identificación

Existen varios tipos de técnicas de identificación criminal, métodos modernos que, en la lucha contra el crimen, pone en marcha la Policía Técnica Judicial, cada uno responde a un modelo propio de la metodología forense. Estas técnicas básicamente las podemos reducir a tres tipos:

79. Bernaldo de Quirós, Constancio. *Criminología de los Delitos de Sangre en España.* Editorial Biblioteca Internacional de Ciencias Sociales. Madrid, España, 1906.

1. La identificación medicolegal:

La identificación medicolegal es una parte importante del diagnóstico, como método propio de la medicina legal; ésta consiste en la estimación del tiempo del fallecido, la determinación de la causa y la manera de la muerte; comprende otros tipos de diagnósticos, cuyos elementos generales son: la edad, el sexo, la talla y la raza. La operación medicolegal más importante de este método es la necropsia. Interesará saber.

En el diagnóstico de la edad:

- el orden de aparición y fusión de epífisis,
- los cambios, es decir, de las formaciones óseas, en hombres como en mujeres, desde el nacimiento hasta la adultez del organismo, de las cuales se forman teorías de aplicación legal,
- los cambios en la sínfisis pubiana, en función de períodos.

En el diagnóstico del sexo:

- Genitales externos
- sexo cromatino
- pelvis ósea
- dimensiones de los incisivos

En el diagnóstico de la talla:

- Fórmulas especiales: Balthazar-Dervieux
- Tablas especiales: Orfila, Manouvrier, Rollet

En el diagnóstico de la raza:

- Indices craneales y pélvicos
- color de la piel y los ojos
- color y tipo de pelos
- glándula sudorípara axilares

2. La identificación dental:

La identificación dental es posible debido a varios factores de la anatomía dental, morfología y evolución de los dientes, de los cambios biológicos para la determinación de la edad, la disposición de los dientes para establecer un sistema de ficha dentaria odontológica legal, y el examen de los dientes para la identificación de individuos vivos o muertos, según que sea en incendios o en desastres, de acuerdo a los materiales dentales disponibles.

La dentadura conduce a una identificación positiva de la víctima, siempre y cuando existan datos pre-morten como radiografías dentales, fotos o moldes de yeso que se puedan comparar con los dientes del fallecido.

El odontólogo ligado a procesos legales, recurre a dos técnicas de investigación odontológicas:

a) *La rugoscopia:* que es la técnica de identificación estomatológica que se encarga del estudio, registro y clasificación de las rugosidades palatinas; y,

b) La quieloscopia: que es la técnica de identificación estomatológica que se encarga del estudio, registro y clasificación de las configuraciones de las comisuras labiales.

Objetivos de la investigación odontológica forense:

- Indicación del cadáver
- Definir la personalidad civil del sujeto
- Determinar si la causa de la muerte del sujeto tiene como origen algún acto delictivo
- Ilustrar ciertos asuntos relacionados con los antecedentes y móviles del delito
- Conocer a la víctima e inclusive también al posible victimario

Circunstancias que dificultan la identificación dental

1. En Homicidios:

- Descuartizamientos
- Confinamientos
- Inmersión
- Inhumación
- Carbonización

2. En Catástrofes:

- Accidentes de tránsito
- Accidentes aéreos
- Incendios
- Naufragios
- Inundaciones
- Terremotos
- Guerras

En el diagnóstico de la edad:

- Cronología dental
- Angulación mandibular
- La angulación mandibular se toma con cierta reserva para la determinación de la edad:
- En el recién nacido 170°
- Cuando surge la segunda dentición 150°
- En adultos de 100° a 110
- En ancianos de 130° a 135°
- Desgaste Dental

En el diagnóstico del sexo:

- Tamaño y alineación de los órganos dentarios
- Paladar
- Medición mandibular

En el diagnóstico de la raza:

- Tubérculo de Carabeli
- Morfología de la Maxila

3. La identificación policial:

La identificación policial se desarrolla mediante los métodos antropométricos, dactiloscópicos, por la grafología y mediante la voz grabada, los cuales constituyen valiosas herramientas para la Justicia, al tiempo que conforman la base científica para la criminalistica moderna, que empieza a fines del siglo XIX, a raíz de los primeros esfuerzos de figuras como César Lombroso (1936-1909), con su teoría de la clasificación e identificación de los

delincuentes atávicos, por la observación de tipos fisonómicos; Alfonso Bertillón (1853-1914), creador de un método de registro de las medidas individuales de los delincuentes, en base a señas antropométricas, a señas comprendidas en la forma de retrato hablado y a señas de marcas particulares. Este método, que se hizo obligatorio en la Policía de París desde 1888, se le ha denominado *bertillonage.*

El método dactiloscópico que se usa en la República Dominicana es el Richard Henry Faulds (indú de naturaleza anglosajona), uno de los más difundido en el mundo, entre quienes se disputan mayor éxitos; y consta de cuatro dibujos dactilares: Arco, lazos, remolinos y compuestos.

Aunque existen muchos sistemas de identificación dactilar, como el método de Juan Vucetich (1858-1925), oficial de policía en Argentina, ideado en 1891, es uno de los más empleados, inspirados en las investigación de Francis Galton dada a conocer en su obra *Impresiones dactilares* (1892), siendo ésta la primera vez que se mostró en nuestras tierras, gracias al gesto propio del más grande criminólogo que haya pisado nuestro país, don Constancio Bernaldo de Quirós, de una cédula individual dactiloscópica suya, tomada para su archivo particular, por el mismo Juan Vucetich, *«en Madrid, el 22 de octubre de 1913, cuando pasó por ahí, en un viaje circular buscando ambos mundos los orígenes y aplicaciones de la dactiloscopia, de que trajo la cosecha más espléndida. ¡Aquellas hojas, delicadísimas, de papel y arroz, sobre todo; documentos de Siam, de Cambodge y de Indochina, con huellas digitales seis o siete veces centenarias, al pié de documentos civiles! Tan sólo yo quedo como superviviente de los cuatro que aquel día nos reunimos en la capital de España: Juan Vucetich, el Director de Seguridad de mi país, don Ramón Méndez Alanis, el malogrado Antonio Lecha Marzo, que murió tan en breve, ya de catedrático de Medicina legal en Sevilla, y yo»*.[80]

80. Texto extraído de los *Cuadernos Dominicanos de Cultura.* Ciudad Trujillo, Distrito de Santo Domingo, República Dominicana. Año I, Número 12 - Agosto 1944. Vol. I.

Las huellas dactiloscópicas magistralmente tomadas, responden a la fórmula peculiar: V. 4343–D. 2242. Según este método se empleaban las impresiones de los pulpejos de los diez dedos de las manos, a partir de: Arco, presilla interna, presilla externa y verticilio.

III. La escena del crimen

Cuando el médico legista llega al lugar de los hechos ha transcurrido un lapso de tiempo relativamente corto; su encuentro con la víctima constituye la primera fuente de información para poder cumplir con los objetivos de la investigación medicolegal. El forense debe empezar por determinar la naturaleza de la escena, si esta es primaria o secundaria, si es confusa o estructurada, definiendo si el ataque fue planeado o si ha sido un accidente; el forense debe ver, en primer lugar, la hora o el momento en que se ha producido la muerte, y al final debe firmar la copia de las evidencias encontradas, las cuales al ser examinadas constituyen las posibles fuentes de las huellas alrededor del cadáver. A la escena del crimen se le llama con razón *"la reina de las acciones de instrucción"*. En ella se encuentra el cadáver, las otras pruebas materiales, las circunstancias de modo que tienen relación directa con el hecho.

Es correctísima la observación que en ese sentido hace el maestro costarricense, el doctor Vargas Alvarado, cuando escribe: *«El cadáver en sí es una prueba de convicción que motiva dos operaciones medicolegales: la investigación en la escena de la muerte y la autopsia medicolegal».*[81] Lo cual significa que el médico frente a una escena debe de trabajar en etapas: A veces es necesario que el forense vuelva a la escena.

81. Eduardo Vargas Alvarado. *Op. Cit.* Pág. 5.

Así se forma la escena del crimen para el perito forense, a partir de la llamada telefónica; en ella se concentran todas las partes del complejo sistema de investigación del suceso, en la que trabajan conjuntamente médicos y policías. Al primero le interesará descartar o confirmar la muerte, establecer la hora y tratar de determinar la manera de la muerte; al otro, recolectar información de familiares, testigos y vecinos del lugar, para determinar la ventaja que le lleva el sospechoso, recoger las versiones del suceso, entre otros.

En principio, se entiende por escena del crimen todo aquello que adorna un lugar, aquello que lo delimita, de acuerdo a las inmediaciones que guardan relación con el suceso ocurrido; es un término equivalente a la investigación en la escena de la muerte, que en el lenguaje medicolegal significa *levantamiento del cadáver.*

Lo básico en toda escena del crimen es igual para todos los investigadores –sean estos médicos o investigadores policiales–, debiéndose observar ciertas reglas de comportamiento, ya que en principio lo que se persigue en la escena del crimen permanece oculto.

La escena del crimen constituye el más importante de los procedimientos generales de investigación de que se valen las ciencias forenses para *«obtener, preservar y valorar las pruebas».*

A través del Acta Medicolegal, el perito procede a la inspección del cadáver, indicando datos generales sobre la identidad del occiso, descripciones del cadáver y de la escena. Estas informaciones dan origen a las evidencias que indican si el cadáver ha sido trasladado, o si se ha realizado un registro previo del lugar. La escena del crimen nos muestra los daños sufridos por la víctima, si fue un arma blanca o si por el contrario el deceso se ha producido con una arma de fuego; nos permite establecer el tanato-cronodiagnóstico, la identidad del occiso, la posible identidad del agresor; en caso de ser un homicidio, puede indicar si hubo riña anterior a los hechos, y se ha movido deliberadamente la escena, entre otras. Los hallazgos de violencia en la escena del crimen diferencian a las víctimas de homicidio, suicidio y accidente.

La escena del crimen debe ser fotografiada, es por eso que el médico forense se hace acompañar de un fotógrafo, no con fines de descubrir pruebas físicas, según corresponde a los investigadores policiales, sino con fines de archivo, de registro, para documentar el caso y hacerlo corresponder con un número. Recordemos que es necesario tomar muestras para que en la autopsia puedan realizarse los exámenes toxicológicos especiales de rigor, y poder documentar de forma completa el caso. En casos de exhumaciones, sin la primera fotografía donde se va a excavar es imprescindible tomar la fotografía del lugar antes y después, para que no haya dudas de la identidad del occiso encontrado. Hay casos en que el cuerpo ha sido llevado a otro lugar, para confundir al investigador.

La visita del médico forense en la escena del crimen puede evitar que al efectuarse la autopsia se descubran lesiones que carecen de explicación. Se debe investigar la escena para saber cómo ocurrieron las lesiones, no solamente con personas muertas, sino también cuando ocurren en el lugar de trabajo o en accidentes viales. Debe visitarse la escena con el interés, tanto para entrevistar a los testigos como para recolectar pruebas. El médico legista o el médico forense decidirán si los datos de la autopsia concuerdan con las pruebas recogidas en la escena. El médico debe visitar la escena y nunca confiar en que el policía lo haga, para el diagnóstico de la manera de la muerte; es decir, homicidio, suicidio o accidentes, natural o indeterminada del fallecimiento. Creemos junto a Vargas Alvarado, que el perito médico ha de observar algunas conductas, que él ha establecido como:[82]

a) *Actitud y localización del cadáver:* cuando ésta sugiere suicidio, homicidio o accidente; la violencia es un indicador de la manera en que se ha producido la muerte, individualiza a la víctima.

b) T*ipo y localización de los traumatismos:* traumatismos mortales, de defensa o lesiones autoinfligidas; el peritaje tiene por finalidad determinar el objeto que produjo el daño, mediante golpe, presión o corte.

78 Ibidem. Vargas Alvarado. Pág 6-7.

c) *Tipo y localización y aspectos de manchas:* manchas de sangre, manchas de semen, manchas de pólvoras, manchas de químicos; el objeto aquí tiene que ver con el examen de la huella o indicios impresos sobre la superficie del lugar, si la mancha es orgánica o inorgánica; si es sangre arterial, venosa o menstrual; si se trata de saliva, meconio, vómito, orina o semen.

d) *Tipo y localización y aspectos de fibras, hierbas y pelos:* cabellos de varón, vellos pubianos, investigar la base de dato para determinar el fabricante, el examen de la cutícula y el tallo del cabello, con lo cual es factible saber si es de humano o de animal, si es natural o sintético, el sexo, la raza, la procedencia en la parte del cuerpo.

Tipos de escena

Las escenas sólo pueden ser de dos tipos: principal o secundaria. Obviamente entre una y otra puede existir más de una sub-división.

La escena principal es aquella que permanece intacta. El agresor ha utilizado el tiempo en la huída y no ha podido hacer cambios en el lugar.

En la escena secundaria lo característico es que ha sido movida. Tambiés es determinante diferenciar entre los tipos de escenas de crimen: si es en lugar abierto, cerrado, fija y móvil;

Lo que debe tenerse en cuenta en una escena de crimen

1. Asegurar el perímetro de la escena del crimen

- Revisar técnicamente para buscar, descubrir, revelar y recoger las huellas, señales o rastros;
- Diferenciar entre los tipos de escenas de crimen: si es en lugar abierto, cerrado, fija y móvil;
- Preservar los elementos materiales del crimen: de curiosos,

de personal no especializados en la identificación, de embalages de las evidencias, de agentes atmosféricos;
- Aislar, proteger y conservar, para determinar cuales de los elementos pueden ser evidencias;
- Abrir un camino de acceso a la escena del crimen y un sendero de desplazamiento; fijar las evidencias enumerándola.

2. No contamine la evidencia

- Proceder a la recolección de las pruebas de manera técnica, velando por su integridad;
- Asumir sólo el papel que corresponde, no pretenda hacerlo todo;
- Tener en cuenta las funciones de investigador de campo vs investigador técnico;
- Saber que solamente el personal técnico debe recoger, identificar y embalar cada evidencia;
- La cadena de custodia es el medio de garantizar la veracidad de las evidencias recolectadas;
- Registra sólo lo que debe contener la búsqueda de evidencia:
  a) lugar, fecha y hora donde se recolectó
  b) descripción detallada de los elementos recaudados, incluyendo cantidad, peso, medida, estado, etc..
  c) identificación del funcionario o empleado que la recolectó
  d) análisis realizados, funcionarios que lo efectuaron y tiempo que la tuvo
  e) lugar realizados, funcionarios que lo efectuó y tiempo que la tuvo
  f) Lugar y persona responsable de su guarda.

3. Tener en cuenta todo, pero sólo llevar al proceso lo pertinente

- No se descarta ningún elemento por insignificante o extraño que sea

- No llene el caso con elementos que no tengan relación con la investigación.

4.- Formulación de las hipótesis delictivas

- Tener en cuenta los casos de delitos premeditados y no premeditados
- Formular hipótesis o supuestos razonados sobre la forma en que se cometió el hecho
- Indicar el camino o la estrategia que va a seguir la investigación criminal.

5. Maneje inicialmente varias hipótesis

- No acoger la primera teoría; maneje varias hipótesis
- Confirmación o desecho de hipótesis de acuerdo al avance de la investigación
- El manejo de la hipótesis delictiva es el fundamento de la estrategia que va a usar el fiscal en el juicio;

6. Evite convertir un crimen en perfecto por una mala investigación;

7. Busque la evidencia

8. Investigue lo que paso antes, durante y después de cometido el delito

9. Documente todo

10. La investigación estará completa cuando encuentre las respuestas a las preguntas de oro de la criminalidad

- ¿Quién?, ¿qué?, ¿cómo?, ¿dónde?, ¿cuándo? y ¿por qué?

11. La paciencia y la persistencia son armas del investigador

12. Utilice la prueba cinético-técnica

- Prueba de identificación personal;

a) lofoscopia
b) morfología
c) antropología forense
d) estomatología

- Prueba de identificación de objetos del delito:

a) balística
b) documentología
c) grafología
d) peritaje criminalistico de laboratorio.

Rastros de indicios medicolegales en el lugar de los hechos

La investigación de manchas o de indicios medicolegales que se encuentran en la escena del crimen, que es el teatro del suceso, en donde existen como *impresiones,* difieren de los llamados exámenes que se investigan en el laboratorio forense, y que reciben los nombres distintos de: examen genérico, especial, regional e individual.

Estas manchas o impresiones pueden ser encontradas en el cadáver o cuerpo de la víctima, en el acusado, en la ropa, en las armas y objetos diversos, en el suelo, en las paredes, y otros lugares. La función de esta búsqueda permite la identificación de manchas de sangre, de semen y de pelos, *«averigua la naturaleza de substancias*

que pueden estar relacionadas con la consumación del delito y se singularizan los venenos».[83]

Sangre:

Luego de encontrase en el lugar de los hechos, las manchas de sangre se envían al laboratorio para ser estudiadas. El examen que se le va a practicar ha de ser *genérico:* (cuando se trata de manchas sospechosas), *especial* (si la mancha de sangre proviene de hombre o de animal), *regional* (después de confirmar que es de humana, de qué parte del cuerpo proviene la mancha de sangre), y examen *individual* (cuando hay que determinar que la sangre procede del mismo individuo sobre el cual se encuentran las manchas o si viene de otra persona).

Semen:

Las manchas de semen hay que buscarla en la ropa interior de la víctima, en la ropa exterior de la cama y también en el suelo. Domina un gran interés de descubrir si hubo coito, tras identificarse que se ha tratado de un delito sexual, procediéndose al examen vaginal, anal y en otras partes del cuerpo.

Las manchas de esperma pueden encontrarse sobre telas absorbentes, en la que forman unas manchas grisáceas, cerrando un círculo irregular, como un límite o contorno geográfico; sobre la piel, en madera, hierro u otro material impermeable, su color es blanquecino.

_____

83. Mora, Carlos Federico. El laboratorio médico forense. *Manual de Medicina Forense.* Ciudad de Guatemala, América Central. Agosto de 1931. P. 255.

Existen dos clases de métodos para el diagnóstico del semen; son los *procedimientos químicos o cristalográficos*, que determinan las propiedades químicas del líquido espermático y los *microscópicos o morfológicos,* que tiende a hacer visible los espermatozoides por medio de coloraciones especiales.

Reacciones de Florence: Consiste en la solución yodo-yodurada de colima que permite la formación de los cristales (llamados "de Florence") bajo la acción del siguiente reactivo:

Yoduro de potasio..... 1,65 gr.
Yodo..... 2,54 gr.
Agua destilada..... 30,0 gr.

Se coloca en el porta-objeto la mancha sospechosa, se le deja caer dos gotas del reactivo y se le mira al microscopio. Si hay esperma se forman los cristales. Son cristales pardos amarillentos, de bordes paralelos, con puntas agudas y variables.

Esta reacción, sin embargo, no es muy segura cuando la mancha ha sido lavada, está putrefacta o se desarrollan en ella hongos a consecuencia de la excesiva humedad.

Reacciones de Barberio: Consiste en la solución de ácido pícrico para formar cristales de picrato de espermina, cuyas formas son romboides y de color amarillo claro.

Se procede de la misma manera que la anterior reacción: se coloca una gota del líquido en el porta-objeto, se le añaden dos gotas del reactivo de Barberio. Lo que se obtiene es cristales de formas variadas, como agujas, o conos adosados por su base.

Sobre ambas pruebas, señala Vargas Alvarado que *«sólo indican semen, pero discriminan si es de humano o animal»*; Nerio Rojas, por su parte le agrega lo siguiente: *«las reacciones de Florence y Barberio no permiten, siendo positivas, afirmar la*

presencia de esperma; siendo negativas nos se puede inferir su ausencia (Balthazard)». [84]

Examen de pelos:

El examen del pelo tiene múltiples aspectos, los cuales permiten hacer un verdadero diagnóstico medicolegal. Dicho diagnóstico puede ser: a) *topográfico* (¿de qué parte del cuerpo es el pelo?, las características del individuo que determina su grupo sanguíneo) y *cronológico* (el tiempo de crecimiento y los cambios de color en el cadáver). Las manchas en el pelo son aún de mayor utilidad para establecer la naturaleza del hecho: Por ejemplo, cuando revelan la presencia de lodo, sangre, semen y saliva.

En la escena de crimen, pueden encontrarse pelos de distintas clases en las manos de las víctimas, sobre su ropa, procedente del agresor, o en la persona de éste, sobre su arma, pegados a algún objeto. En los casos de delitos sexuales, pueden encontrarse adheridos al miembro o en la ropa de un acusado.

Los distintos problemas medicolegales relacionados con el examen de pelos, responden a las siguientes preguntas: a) Si realmente es un pelo y no una fibra; b) son pelos de hombre o de animal; c) si son de hombre, a qué individuo pertenece; d) de qué parte del cuerpo procede; e) ¿cómo fueron desprendidos del cuerpo?

a) *Si realmente es un pelo y no una fibra:*

Un pelo está compuesto de un bulbo y del tallo; el bulbo está recubierto por una vaina y el tallo formado por la punta, la parte intermedia y la raíz, que se confunde con el bulbo. La parte del pelo más importante para la identificación es la intermedia, ya que consta de una corteza, una cutícula y una porción central o medular.

_____

84. Vargas Alvarado, Eduardo. *Medicina Legal. Compendio de Ciencias Forenses.* 3ra. edición, de 1983. San José, Costa Rica. P. 266 y Rojas, Nerio, en su *Medicina Legal.* El Ateneo, 4ta. edición, Buenos Aires, Argentina, 1950. P. 343.

b) *Son pelos de hombre o de animal:*

La base que se utiliza para comparar y diferenciar pelos de hombre y de animal es el espesor de la substancia cortical con el de la medular. En el hombre esta substancia cortical es más ancha que la medular. El índice medular en el hombre es de 0.30 cms., mientras que en los animales tiene un índice superior a los 0.50 cms. (Ver la obra de los esposos V. Balthazard y M. Lambert: *Los pelos de hombres y de animales.* Paris, 1910.).

c) *Si son de hombre, a qué individuo pertenece:*

La identificación individual de los pelos permite definir los caracteres diferenciales de la edad, el sexo, la raza y hasta la profesión. En lo relativo a la edad, se distinguen los pelos que caracterizan la pelusa del feto o recién nacido (lanugo), muy finos y carecen de pigmentos y de substancia medular. En cuanto a la diferencial sexual, los cabellos de la mujer son más largo que en el hombre y no tienen la punta recortada sino desflecadas. (La cuestión se ha dificultado por la moda femenina de hoy de recortar el pelo como los varones).

Los pelos de la barba son muy cortos y redondos; los pelos del pubis son más gruesos en la mujer que en el hombre de la mujer (Balthazard). Las pestañas más gruesas que las cejas en la mujer y al contrario en el hombre.

La diferencia puede establecerse comparando el color, el grueso, la longitud y la forma.

d) *De qué parte del cuerpo procede:*

Para saber de qué parte del cuerpo pertenecen los pelos se atenderá a los caracteres de longitud, grosor, morfología, tinte, etc. Los de las axilas se reconocen por la vaina de substancia sebácea que los envuelve; los de la nariz porque llevan partícula de moco; los de la oreja, porque contienen cerumen y los anales por la presencia de excrementos que se le adhieren.

Según su longitud, se distinguen los pelos largos (cabellos, bigotes y barbas); los medianos (sobacos, pubis, escrotos, grandes labios) y los pelos cortos (cejas, pestañas, pelos de nariz o de oreja, vello). Los pelos largos miden más de 8 centímetros, los medianos miden entre 3-8 cms. y los pelos cortos menos de 3 centímetros. Los pelos largos tienen una raíz más ancha, el bulbo piloso es redondo.

e) *¿Cómo fueron desprendidos del cuerpo?:*

Interesa saber si el pelo es arrancado violentamente, o si es recortado por tijeras o cortado por caída espontánea. Cuando es arrancado, el pelo conserva el bulbo porque en esta parte es donde tienen menor resistencia, pero el bulbo aparece rasgado, vacío de substancia sebácea; cuando es recortado carece de bulbo y presenta un corte transversal debido al instrumento que lo causó; en la caída espontánea presenta un bulbo intacto.

Osteoantropología

El *método de osteoantropología* consiste en la reconstrucción y posterior verificación de esqueletos, la cual debe hacerse por etapas. La eficacia de este tipo de estudio depende totalmente de que la evidencia pueda recopilarse en el sitio, ya se trate de una sepultura o de una escena de crimen, con el cadáver completo de la víctima recientemente fallecida.

En el examen de los restos, cada hueso, diente, bala, trozo de tela, mechón de cabellos u objetos encontrados pueden contar una historia. En ese sentido, lo primero es proceder a exhumar cuidadosamente el esqueleto, asegurarse de que se encuentren sus 206 huesos y 32 dientes; cada hueso tiene una historia que contar, la cual algunas veces es crucial para determinar los objetivos que se persiguen, incluyendo el modo de la muerte.

La identificación ósea no es difícil cuando el esqueleto ha sido recuperado entero, *«puesto que los huesos varían en forma y*

tamaño, de una especie a otra». Aquí es necesario referirse al concepto de *"biografía ósea"* para indicar *«el breve, pero a veces útil, historial de vida de una persona preservado en la evidencia esquelética. Si se recupera cuidadosamente el esqueleto completo, el historial vital del individuo puede reconstruirse y, en muchos casos, se puede identificar a la persona y establecer la causa y el modo de la muerte».*[85]

La edad de los restos óseos puede tener interés forense, si la víctima murió en fecha reciente; puede tener interés arqueológico o histórico, si la víctima murió hace mucho tiempo, si hace más de 50 o 75 años.

En el fechado de los restos, las evidencias más importantes corresponden al examen de los huesos y su estado de conservación, debiendo ser analizado el tipo de suelo, las condiciones a que ha estado sometido el suelo, la composición química, el ph, y el estado en que éste se encuentre donde ha sido enterrado. Los suelos del Trópico son muy ácidos y los esqueletos pueden desaparecer con rapidez; en las áreas alcalinas, el hueso se puede conservar por miles de años, hasta la fosificación.

En cuanto a los indicadores generales que permiten identificar los huesos, se debe tener en cuenta los cambios químicos que los huesos experimentan: la disminución de la cantidad de nitrógenos, ciertos residuos de aminoácidos sobreviven durante 25, 30, ó 40 años. No se descartan las evidencias que aportan los objetos: ropa, monedas, joyas. La *ropa y las joyas* con inscripciones o señales de eventos personales darán cuenta de un suceso conocido; las *monedas* indicarán que la víctima ha estado enterrada, por lo menos desde la fecha de la moneda más reciente que se haya encontrado.

_____

85. Clyde C. Snow. *Identificación de Restos Óseos.* Taller sobre la Aplicación de las Ciencias Forenses en las Investigaciones de los Derechos Humanos en América Central. San José, Costa Rica. 13-16 de noviembre, 1989. Págs 33-40.

Determinación de raza, sexo, edad

El siguiente paso sirve para determinar la edad, la estatura, el sexo, la raza, y cualquier otro dato que reúnan las características físicas del individuo fallecido. Los rasgos esqueléticos bien combinados ayudan a singularizar a la persona, permiten establecer una identificación positiva. Debe determinarse la edad al morir. Para entenderlo en clave forense, la fusión epifisaria es una evidencia importante. En los adolescentes las epífisis están todavía separadas; a cierta edad, antes de los 25 años es que éstas se cierran y forman un hueso sólido. Al comparar el grado de fusión epifisaria de varios huesos y consultar estudios de crecimiento que relacionan la edad con dicha fusión es que se puede calcular la edad del individuo al morir. También puede recurrirse a los cambios en la sutura craneal y la articulación de la pelvis, mejor conocida como *síntesis púbica*, que se han empleado para calcular la edad de individuos mayores.

Estos dos últimos métodos pueden ser indicadores imprecisos, si ha existido en el fallecido cambios degenerativos como por ejemplo la osteofistosis, o crecimiento que se produce en las vértebras y la artritis. ¿Qué ocurre si se trata de una mujer que dio a luz al término del embarazo, o está a punto de cumplirlo? También aquí la pelvis posee características muy particulares.

Fuera de los casos anteriores, la pelvis define el sexo del esqueleto con alto grado de precisión. La pelvis es muy importante. La pelvis femenina es más ancha que en los hombres, debido a que sirve como canal del nacimiento. Se han observado en la estructura pélvica muchas otras características para determinar el sexo; en los hombres, esta se percibe más como angosta y más estrecha que en las mujeres.

En cuanto al cráneo, éste sirve para determinar la raza y el sexo. Los cráneos de los hombres son más grandes, con junturas musculares más lisas que los de las mujeres; los dientes, los arcos superciliares y los procesos mastoideos son muchos más grandes en los hombres que en las mujeres.

La altura se determina en función a una relación biológica que existe entre la altura total y longitud de los huesos y brazos y piernas. En algunas razas como en las negroides, los brazos y las piernas tienen una diferencia evidente en relación a la altura total del tronco; mientras que en los mongoloides, son más bajos y gruesos. En la estimación de la altura existen variaciones en dos o tres centímetros con respecto a la altura *post-morten* del individuo.

El mucho más complicado el diagnóstico que tiene que ver con la determinación de la raza. Esta no es fácil de establecer como en la edad, el sexo o la altura. He aquí algunas razones: Primero, las características raciales se han diseminado por todas las poblaciones humanas que habitan el planeta; éstas han estado entremezclándose por millones de años. Segundo, no existen diferencias morfológicas claras entre las razas negroides, mongoloides, indígenas americanos, caucásicos, porque no siempre son géneros en forma pura. Las características que sirven como guía, sin embargo, son bastantes confiables; en los mongoloides y negroides, la nariz es más ancha que en los caucásicos; estos últimos tienden a poseer un tabique nasal más alto y levantado. En las razas existen varios rasgos del cráneo y de los dientes que difieren entre sí.

Balística Medicolegal

La balística es una ciencia moderna, rica en conceptos propios y específicos, que son de gran importancia a la criminalistica; de acuerdo a los intereses de los médicos forenses, son de gran valor en la formación de hipótesis delictivas, en base a los conceptos balísticos medicolegales principales.

Ha dejado de ser la balística una técnica en la que se incluían muchos gráficos, fotografías y bibliografías de autores antiguos y clásicos que no conocieron el adelanto científico-técnico con que se cuenta hoy.

Goza esta disciplina de una gran tradición criminal en el teatro de operaciones que es la *escena del crimen* en la que actúan los

peritos médicos; en otra época, al médico forense lo llamaban el *come-bala*; no obstante, la balística contemporánea es denominada *secular*, porque dichos peritos intervienen en la causa y efectos del proyectil del arma, después de un período prolongado de haberse producido el hecho.

De acuerdo al perito Roberto Jorge Locles (Argentina), la balística se define como *«el estudio de las causas y efectos del proyectil, en su trayectoria desde la boca de carga del arma de fuego hasta el final de la misma; [...] podemos dividir la balística en cuatro sectores o segmentos, a saber: a) trayectoria o balística interna; b) trayectoria o balística externa; c) trayectoria o balística médico-legal; y, d) trayectoria o balística final».*[86]

La balística medicolegal es tratada por los médicos forenses y legistas. Para poder comprender mejor esta parte del estudio balístico es necesario introducir las áreas de acción de cada unas de ellas, para tener una ideal integral de la balística real.

En la balística interna, es estudia el arma, sean éstos revolver o pistolas, los numerosos tipos de modelos de ambas, los distintos calibres de ambos artefactos, las partes principales, los proyectiles, las municiones, etc..

En la balística externa, lo que cuenta es la trayectoria desde la boca del arma hasta el orificio de entrada; por tanto interesa saber cuál fue el tipo de disparo, si fue a boca de jarro (en contacto con la piel); si fue a quemarropa (a una distancia que ocasione quemadura del plano de la ropa o corporal); el diámetro del tatuaje o deflagración de la pólvora, quemaduras, el halo de enjugamiento o anillo de Chavigny, el anillo de contusión, que se producen siempre en el orificio de entrada del proyectil, nunca en el de salida.

86. Locles, Roberto Jorge. *Balística y Pericia.* Ediciones La Rocca. Buenos Aires, Argentina, 2000. Págs. 27.

También en la balística medicolegal se pueden determinar las premisas que son útiles para que los peritos médicos puedan analizar el calibre, dirección y distancias del disparo, para comprobación de otros estudios. En las causas, debemos referirnos a:

1) *El ángulo de incidencia*, que se forma inmediatamente después de la penetración del cuerpo en la piel, formando un vértice en el orificio de entrada hacia adentro del cuerpo;

2) *el ángulo de penetración*, que se forma en función de la posición del cuerpo en el momento de recibir el impacto, que necesariamente es diferente al ángulo de incidencia;

3) *el ángulo de tiro*, que es igual cero, en relación a que coincide con la trayectoria horizontal de la boca del arma y la trayectoria del proyectil.

Dentro de los efectos, tenemos el conjunto de aspectos que producen daños en el cuerpo de la persona, por causa de la trayectoria del proyectil, o los ángulos que ya hemos explicado.

Así, queda establecida una clasificación medicolegal de las trayectorias. Estas se clasifican, según diversos criterios:

1. *Por su extensión:*

a) *Completa:* Si la misma tiene orificio de entrada y de salida. Esta a su vez, se sub-dividen en:

- *Limpia:* Si ocurre de forma rectilínea, y la trayectoria de la bala traspasa el cuerpo conservando un mismo recorrido, sin desviarse, sin chocar con ningún cuerpo óseo que la haga variar su dirección en que empezó;

- *Quebrada:* Si en algún momento, el segmento de la trayectoria no mantiene la misma recta que las trayectorias anteriores.

b) *Incompleta:* Si la trayectoria no alcanza a producir el orificio de salida y el proyectil se deposita en el interior. Esta a su vez se sub-divide en:

- *Recta:* La trayectoria que efectúa la bala mantiene su trayectoria normal, pero posee poca fuerza viva;
- *Migratoria:* El proyectil –y no la trayectoria– se comporta de manera migratorio, desplazándose pasivamente a través de cavidades o conductores de los propios órganos.

2. *Por su velocidad:*

a) *Subsónicos:* Cuando la velocidad del proyectil al salir de la boca del arma de fuego o al momento de impactar el cuerpo de la víctima es menor que la velocidad del sonido (340 m/s). Ejemplo de estas armas de fuego: los revólveres calibre 32 largo, calibre 38 especial y las pistolas, calibre 11,25.

b) *Supersónicos:* Cuando la velocidad del proyectil al salir de la boca del arma de fuego o al momento de impactar el cuerpo de la víctima es mayor que la velocidad del sonido (340 m/s). Ejs. Pistolas calibre mm, pistola o revolver calibre 22 largo de la alta velocidad, armas automáticas M-16 calibre 5,56 x 45 mm, y otras que se pueden comprobar a simple vista, por las municiones o por las características mismas del arma de fuego.

IV. Sexología Forense

Sexología Forense: La sexología, definida por Fernando Bianco, entonces Presidente de la Sociedad Internacional de Sexología, como *la unión de dos epidermis y de dos mentes*, comprende en el campo forense, el estudio especializado de un gran número de problemas medicolegales que gravitan en torno a la

sexualidad, y que se refieren directamente a la vida sexual, entre personas desconocidas o que mantienen algún nivel de relación, y ya de manera intraconyugal, en el entendido jurisprudencial de que el acceso carnal no puede ser forzado con la cónyuge, ni mediante el uso de la violencia o juego sexual ilegal.

Estudia también las consecuencias medicolegales de la preñez, el matrimonio, el parto, el aborto, el abuso sexual, ya sea en la modalidad infantil. Como método es de gran ayuda en el diagnóstico de las lesiones anogenitales por sospecha de abuso sexual, las cuales se clasifican según su nivel de gravedad, de hallazgos en la ocurrencia y antigüedad, así como el tiempo de curación. En definitiva, a todo acto sexual, cuando se lo considera violación y estupro, y cuando constituyen anomalías o perversiones del instinto sexual, como en los delitos sexuales, los cuales se estudian de forma cualitativa y cuantitativa, comprende el espectro de la sexología forense.

El sexo es la estructura central de la sexología; es con lo que se nace, caracterizando al individuo con un sentimiento íntimo de pertenencia a uno de los dos sexos. Para determinar la existencia de actos contrarios a la identidad sexual, como una violación sexual, es necesario encontrar los signos concluyentes mediante el examen anatómico del himen, que es otra estructura anatómica básica, que aunque con algunas dificultades permite la interpretación, *«tanto por su forma como por las variantes normales que no tienen relación con abuso sexual o violación»*.[87]

Fundándose en las formas y disposición del himen, en las perforaciones que dan como resultado el hallazgo de las diferentes variedades es como las mujeres que acuden al examen ginecológico.

---

87. Latoche Fernández, Exequías y Latoche, Rojas. *Estudio anatómico del himen y su repercusión en la medicina legal, en Costa Rica.* (On Line). Septiembre, 1999, Vol.16, No. 1-2.

La Unidad de Atención y Prevención de la Violencia. Violencia de Género y Abuso Sexual de la Procuraduría Fiscal del Distrito Nacional, hace una valoración medicolegal para esclarecer el agresión sexual, en un nivel que va desde ninguna evidencia de abuso, posible, probable y con evidencia definitiva de abuso o de contacto sexual.

Himen: Es la membrana que cierra incompletamente el introito vaginal y está compuesto por orificio y labiales vaginales, que al momento de producirse el desgarro alteran la anatomía. Que el himen esté intacto da cuenta de que no ha existido la desfloración, ni el coito en el en sentido más amplio, por lo tanto se debe considerar el estado de virginidad.

Formas de himen:

1. *Himen no desflorado*
   - Con un orificio: anular, labiado, seminular, franjeado
   - Con dos orificios: doble membrana, tabicado

2. *Himen desflorado*
   - desgarrado reciente
   - desgarrado antiguo

Condición del orificio himenal:

1. *Himen no desflorado*
   - Dilatable, dilatado, normal, anómalo
   - Con dos orificios: doble membrana, tabicado

2. *Himen desflorado*
   - Desgarrado reciente
   - Desgarrado antiguo

Protocolo del Abuso Sexual

1. Recoger circunstancias y cronología del abuso.
2. Descartar la existencia de embarazo en niñas con menarquía.
3. Recoger muestras que puedan tener valor medicolegal antes de iniciar el tratamiento.

Indicadores del Abuso Sexual:

a) Indicadores físicos:

- Infecciones en el tracto urinario
- Enfermedades de transmisión sexual
- Ropa interior manchada
- Fisuras o sangrados alrededor del ano
- Dolor en el área vaginal, el pene o el ano
- Picazón anormal en la vagina o el pene
- Eneuresis o encopresis
- Dificultad para caminar o sentarse

b) Indicadores psicológicos:

- Cambios en el comportamiento.
- Dejar de comer o comer demasiados
- Llanto o lamentos sin razón aparentes
- Problemas para dormir, pesadillas
- Temor hacia los adultos en forma generalizada
- Agresividad generalizada
- Poco rendimiento escolar, sin antecede justificado

Los indicadores del abuso sexual en adolescentes más comunes son:

- Baja autoestima
- Ausentismo escolar
- Consumo de drogas y alcohol
- Estado de ansiedad y gran tensión
- Mantenerse aislado
- Pérdida de confianza en los demás
- Evitar llegar a casa
- Evasión de personas conocidas
- Malas relaciones con los compañeros escolares

Valoración global del Abuso Sexual[88]

1. Ninguna evidencia de abuso:

- Resultados normales del examen, sin historia, cambio de comportamiento o sin testigos del abuso
- Hallazgos no específicos con otra explicación conocida o probable y sin historia de abuso o cambios de comportamiento
- El niño considerado como un riesgo por abuso sexual, pero no da ninguna historia y tiene sólo cambios de conducta no específicos
- Los hallazgos físicos de lesión consistente con la historia de lesión accidental que está clara y creíble

88. Tomado del Seminario-Taller sobre *Sexología forense*, INACIF, República Dominicana. Marzo del 2006. El autor de este libro no asistió al evento, pero tuvo acceso al material de apoyo.

2. Posible abuso:

- Hallazgos combinados con los cambios marcados de comportamiento sobre todo el comportamiento sexualizado, pero el niño es incapaz de historia de abuso
- Presencia de candiloma en un niño menor de 2 años o lesiones genitales herpes tipo 1, sin historia de abuso y resultados de examen normales
- Hallazgos sin declaración de abuso.

3. Probable abuso:

- El niño da un relato claro, consistente y detallado, describe molestias, con o sin hallazgos físicos
- Hallazgos en un niño con o sin historia de abuso y sin historia de lesión penetrante accidental
- El cultivo positivo para Chlamydia trachomatis en área genital en el niño mayor de dos años
- Cultivo positivo para los herpes simples el tipo 2 de las lesiones genitales

4. Evidencia definitiva de abuso o contacto sexual:

- Hallazgos físicos sin historia o accidente
- Esperma líquido seminal dentro o sobre del cuerpo de la víctima
- Embarazo

Hallazgos más frecuentes en el examen físico

- Flujos de la vagina, que confirman la presencia de una infección sexualmente transmitida

- Dilatación y fisuras anales, apertura de efínteres anales internos y externos
- Aumento de la apertura himeneal con dimensiones mayores de la mediana por encima de la edad y método de examen
- Hallazgos sugestivos de abuso o penetración: cicatriz o laceración himeneal, cicatriz perianal
- Evidencia de trauma clara de fuerza física bruta o trauma penetrante.

Violación sexual:

La violación sexual es el coito practicado en una mujer sin su consentimiento, "ya sea virgen o desflorada". La violación es un crimen que puede dar como resultado el embarazo y en muchos otros casos no se le considera crimen, sino atentado al pudor. En casos de homicidios la violación constituye una agravante, pero su realidad deberá probarse mediante exámenes practicado al cadáver.

Según nuestro Código penal, la violación puede cometerse por medio de la fuerza o por la intimidación, o cuando la mujer se halle privada de sentido y también se estima que la víctima sea menor de doce (12) años, por más que no concurran las otras causas citadas arriba.

La violación es un acto fisiológico que ha de examinarse con sumo cuidado, ya que el esfuerzo hecho por el médico forense puede contribuir a definirla mejor. La violación tiene dos tiempos: a) la introducción del miembro *(inmissio penis)* y b) la eyaculación del semen *(inmissio seminis).* En algunas legislaciones, la introducción del miembro se considera atentado al pudor; un delito menos graves, ya que la mujer no corre el riesgo de estar embarazada. En otras, como las alemana e inglesa, lo que cuenta es el atentado contra la voluntad de la persona y no el peligro de preñez.

Cuando la violación se comete por medio de la violencia física deben buscarse señales de golpes en los brazos, en los muslos, en el vientre; señales de compresiones alrededor de la boca, la garganta,

que son los lugares que el violador tapa con las manos para ahogar los gritos de la víctima.

La violación sin violencia física tiene lugar en las siguientes circunstancias, ha establecido Thoinot: a) Por intimidación; b) Por encontrarse la mujer en estado de impotencia física para defenderse; c) Porque se encuentra en estado de impotencia moral, y a causa de ello tampoco puede defenderse.

Virginidad y desfloración

La *desfloración o estupro* es el coito realizado con una mujer virgen. La violación consumada en una mujer puede apreciarse por la observación de violencias extragenitales; pero en casos de la virginidad dicho examen debe apoyarse en signos de desfloración reciente, ya que la realidad de la violación se establece por pesquisa judicial ayudada por el reconocimiento médico.

El signo por excelencia de la desfloración es la rasgadura del himen (rasgo imborrable). El examen de la estuprada debe llevarse a cabo antes de que las rasgaduras hayan podido cicatrizar.

Pero no todas las rasgaduras del himen pueden ser de origen carnal: hay casos excepcionales, de algunas niñas, que son debidas a caídas, por introducción de objetos en la vagina o a maniobras de la masturbación.

Abusos deshonestos

Los abusos deshonestos, también conocidos, sobre todo en Francia, como atentados al pudor, comprenden los atentados o maniobras sexuales en provecho de quien las produce.

Entre los abusos deshonestos cometidos contra varones está el *atentado pederástico*, o coito anal, que es punible cuando se practica por la fuerza o por medio de una violencia moral (impotencia mental), como suele ocurrir con los niños, valiéndose de su ignorancia, por medio de promesas, o por intimidación.

Entre los abusos deshonestos cometidos contra personas del sexo femenino, están: la sodomía conyugal y los toques impúdicos sobre los órganos genitales. Los primeros se prestan a las mismas consideraciones medicolegales que los actos pederásticos entre varones; en los segundos, sobre todo en niñas impúberes, estos ocurren por medio de miembro viril, de los dedos, o de cuerpos extraños.

Aborto

Desde el punto de vista medicolegal, el aborto es la expulsión de un feto no viable, que no haya alcanzado las 28 semanas de vida intrauterina. Si la expulsión tiene lugar después de ese tiempo, entonces no se habla de aborto, sino de *"parto prematuro"*. Si el recién nacido es muerto después de nacer en tales circunstancias se le denomina infanticidio.

El aborto interesa a la Justicia porque guarda relación con los problemas legales referentes al embarazo, a la violación, el infanticidio –si éste se ha producido–, a la determinación de la paternidad, y por supuesto, en el caso del aborto, cuando éste ha sobrevenido de forma criminal. Quiere decir, que todos reconocemos la necesidad de que el aborto pueda producirse de forma terapéutica o justificada, o de lo contrario éste es valorado como un crimen horrendo.

Es así que desde la perspectiva legal, se habla de la existencia de cuatro grupos de aborto: Está el aborto justificado por necesidad, el aborto legitimado con fines eugénicos, hay aborto impune por causas sentimentales y el aborto autorizado con miras neo-malthusianas. Estas modalidades no se distinguen entre ellas, en el Proyecto de Código Penal que tenemos en curso, no se establecen diferencias y sólo toma en cuenta las sanciones que van a aplicar. (Ver Título Segundo, Atentados contra la persona humana. Capítulo segundo: Atentados a la integridad física o psíquica de la persona. Sección V).

Tipos de abortos

a) Aborto criminal:

El enfoque medicolegal sobre el aborto es el que equivale a la perspectiva psicológica y psiquiátrica, por ser las principales áreas de la salud. En medicina legal, el estudio del aborto criminal tiene lugar cuando la madre o un extraño, tienen la finalidad de suprimir el feto, infiriendo lesiones corporales o como consecuencia de ingerir sustancias abortivas, con la intención de producirlo. Aquí se examinan las causas del aborto, el examen de signos, el mecanismo de producción del aborto, y la prueba de docimasia pulmonar, que da cuenta de que el pequeño pulmón tiene aire y que respiró el feto al nacer. El perito médico aportaría la ayuda técnica necesaria al juez para su deliberación.

Hay que evitar el llamado aborto séptico, que se lleva a cabo de manera clandestina, por médicos inescrupulosos, o pseudomédicos, que practican dicho aborto sin las mínimas condiciones, produciéndole en la mayoría de los casos infecciones que culmina en la muerte de la madre. Este aborto es criminal, y pudiera ser muy alta su incidencia, además de clandestino.

El aborto criminal es, sin duda, uno de los delitos más difundidos en una sociedad cualquiera. La razón por la que se practica más esta modalidad de aborto que el terapéutico obedece a causas de orden económica y moral muy conocidas: está probado que las mujeres que recurren a él, son en su mayoría mujeres casadas. El aborto terapéutico es una proporción de 0.5% vs 100%, en relación a los abortos provocados.

b) Aborto terapéutico:

Es el aborto legal, siempre que la legislación penal le haya dispuesto artículos que lo estipulen. Ocurre en el embarazo un

proceso patológico real. Hay abortos naturales o espontáneos que están relacionados a causas maternas o malformaciones del feto. Entres estas causas se cuentas anomalías uterinas, malformaciones fetales, a veces a emociones inesperadas u otros traumatismos.

En el aborto terapéutico quien tiene autorización es el médico, y tiene derecho a practicarlo porque obedece a un estado de necesidad. Este estado de necesidad, que consiste en *"hacer un mal, para evitar uno mayor"*, no está contemplado en el proyecto del Código Penal dominicano, lo que nos obliga a dilucidar algunas cuestiones puntuales vinculadas, más que al aborto, a la realidad del embarazo de madres solteras y de hijos ilegítimos abandonados y a la maternidad ilegítima, entre otros problemas. Dos existencias se hallan en peligros y en condiciones contrapuestas. Debe resolverse a cuál dar la preferencia de salvar la vida, y es preciso que sea el médico que resuelva de acuerdo a su conciencia y su fe, aunque la justicia le imponga deberes muy estrictos.

Además del aborto justificado por necesidad, hay que incluir el aborto legitimado con fines eugénicos.

En primer lugar, las condiciones en que se habla de aborto terapéutico. Estas condiciones, ya clásicas, son:

1º.- La madre corre peligro extremo.

2º.- Este peligro se halla bajo la dependencia del embarazo.

3º.- La interrupción del embarazo lo hará cesar con toda seguridad, y

4º.- No existe ningún medio que el aborto para salvar a la madre.

La otra cuestión es la prescripción médica del aborto terapéutico. Quiere decir, aquí el médico debe actuar a normas deontológicas y legales. Una de las condiciones para llevarlo a cabo es el consentimiento de la madre, pero el practicante encontrará eventualidad como, el desconocimiento de la afección por parte de la madre, o que no pueda dar su consentimiento, por padecer alguna afección cerebral, y sobre todo está la urgencia de resolver el peligro que se cierne sobre la madre.

En cuanto a la opinión del padre, del marido o del tutor, ésta seria la misma que del médico colocado frente a su paciente: ¡Salvad a la madre!

c) Aborto honoris causa:

El aborto honoris causa, es aquel que es producido "para salvar el honor, la honra de la mujer soltera como casada, que tienen sexualmente una reputación honesta".

Exige además estar despenalizado, o de lo contrario, no es impune. En nuestro caso es un aborto punible, y no un tipo de aborto, ya que todos están prohibidos por la ley penal. No obstante, llama la atención que en casi todas las sociedades modernas el aborto honoris causa está fuera de la discusión. Este causa un daño moral, quedando precisado como una forma de "menoscabo a los sentimientos", "desmedro y desconsideración" a la agraviada, pena moral, lesión a los sentimientos y afección sentimental a su existencia.

Cuando un daño moral así se ha producido no es necesario probar su existencia, no requiere de pruebas; la simple valoración de las circunstancias que rodean los hechos infiere una valoración en el juzgador, la existencia o no de la lesión sentimental: Se ha cometido una ofensa moral, un delito sexual, que como sabemos tiene un carácter paradójico en la mayorías de los casos, porque las familias prefieren ocultarlo, para que no se convierta en una vergüenza pública.

Este "privilegio" de abortar en estos casos es de carácter personal e implica exclusivamente un momento de la culpabilidad, sólo beneficia a la mujer que ha causado su aborto o consentido que otra persona se lo cause y no se extiende a los copartícipes, aunque ellos concurran con el fin de ocultar la deshonra de la mujer.

Para que se configure este delito es menester que la mujer tenga honra que proteger y que el embarazo no se haya conocido públicamente. No puede cometer este aborto una prostituta, aunque

ésta tenga honra, porque sea prostituta en las noches y asista a la universidad en el día. La honra se refiere única y exclusivamente a la conducta sexual de la mujer.

De un lado, al legalizar el aborto honoris causa, lo que nuestros legisladores deben de tomar en cuenta, no es el embarazo, sino que la consecuencia de un hecho constitutivo de delito de violación, no venga a constituye ningún delito de aborto, siempre que se practique dentro de los doce primeras semanas de la gestación y que el mencionado hecho hubiese sido denunciado. Quienes apoyan su despenalización, anidan los problemas del daño moral que trae la violación, o cualquier otra situación de honor, o sentimental.

Infanticidio

El infanticidio es la muerte de un recién nacido, que puede ser a partir de las 48 horas de nacido hasta los primeros dos meses (neonato) y de ahí hasta el primer año (infancia). En nuestra legislación penal, el artículo 300 no se refiere en términos del tiempo aludido. Es muy interesante los criterios de legislaciones extranjeras sobre el significado del infante.

Digamos que lo básico en el infanticidio es si estaba vivo al momento de ocurrir esta modalidad de violencia, o, si por el contrario, si habiendo vivido algunos instantes, era viable; en tercer lugar, si la muerte del infante acaeció debido a maniobras criminales o por causas naturales.

Para saber si la criatura vivió, rige el criterio medicolegal de la docimacia pulmonar; la prueba de vida, con la finalidad de establecer si la criatura respiró o no.

¿Era viable? La forma de saberlo se basa en cuestiones como la edad, el grado de madurez. Los signos de un feto formado dependen de las dimensiones que éste tenga (tamaño, peso, diámetro de la cabeza). De estas cuestiones depende la viabilidad, ya que hay infantes condenados a morir por la ley natural, por la existencia de anomalías,

deformaciones congénitas y enfermedades de órganos esenciales para la vida.

La muerte intencional en el infanticidio se comete por omisión o por acción directa. La muerte por asfixia es una forma usual; en primer lugar, está la debilidad del infante, para lo cual solo basta suprimir la respiración. Otra modalidad es la muerte por lesiones en la cabeza, asestando golpes con instrumentos, o golpeado en un plano fijo, tomando al niño por los pies o empuñando la cabecita.

Capítulo IX

PSIQUIATRÍA FORENSE

Medicina Legal y Psiquiatría. I. Concepto de Psiquiatría Forense; El examen pericial psiquiátrico; Imputabilidad; Imputabilidad disminuida; Inimputabilidad; Causas de inimputabilidad; Otras causas de inimputabilidad; El miedo grave; El temor fundado; El caso fortuito; II. Culpabilidad; Teorías Psicológicas; Teorías normativas; Teorías finalistas; Capacidad mental; III. Ley M' Naghten, para psicópatas; Las personalidades psicopáticas; Crímenes de brujería; Responsabilidad penal; Grados de la responsabilidad penal; Iter criminis; Delito imposible; Autoría; Los partícipes; IV. Concepto medicolegal del daño psíquico; DSM-IV y el diagnóstico psiquiátrico; Medidas de seguridad; Medidas curativas; El internamiento en una institución mental.

I. Medicina Legal y Psiquiatría

Concepto de Psiquiatría Forense:

La necesidad de los conocimientos psiquiátricos en el derecho se manifiesta en múltiples ramas, pero fundamentalmente en el Derecho penal, civil y laboral ya que, en su doble sentido, ético y jurídico, esta ciencia ha tenido en cuenta los casos de conducta anormal que ha inspirando normas o preceptos particulares en la legislación.

La Psiquiatría forense, el campo de estos derechos parte de las bases legales de la peritación psiquiátrica. En este sentido, ella estudiará los niveles de funcionamiento psicológico del individuo

humano y sus alteraciones, así como la repercusión penal, civil y laboral que pueden tener; los distintos efectos jurídicos que pueden producirse sobre un enajenado mental; el empleo de la terminología jurídica y psiquiátrica y otras cuestiones donde se requiera el concurso de peritos para esclarecer sobre esta materia. De manera general, los objetivos fundamentales son la responsabilidad penal y la capacidad civil en sus aspectos psiquiátricos.

Es muy importante reconocer cuáles son las peritaciones mentales que se pueden solicitar ante diferentes situaciones donde haya que establecer el estado mental del individuo en el momento del hecho, antes o después del mismo, inclusive de forma urgente y que una vez analizado el contenido del informe realizado por la comisión de peritación mental; dilucidar si cada una de las conclusiones aparece bien fundamentada en las consideraciones y la metodología que se realizó para arribar a ellas, lo que también es válido cuando se trata de una validación de testimonio en menores, la autopsia psicológica y otros dictámenes periciales.

Es parte de este capítulo las definiciones de trastorno mental transitorio, intervalo lúcido, enajenación mental, niveles de funcionamiento psicológico, entre otros.

La Psiquiatría es la ciencia médica que estudia las enfermedades, mentales. En su acepción de "Forense" se ocupa de los problemas" médico-jurídicos que surgen de la enfermedad mental.

Para WEYGANOT, la Psiquiatría forense o judicial *«es la disciplina que se propone aclarar los casos en que alguna persona por el estado especial de su salud mental, necesita consideración especial ante la ley»*. Para que pueda verse la autonomía de la Psiquiatría forense, dicho autor agrega: *«sería erróneo circunscribir el alcance de la Psiquiatría forense a los límites del Derecho vigente, negándose el título de disciplina autónoma y considerando como su objeto exclusivo dar respuesta a todas las cuestiones que los tribunales puedan proponer a los peritos».*[89]

89. WEYGANDT, W. *Psiquiatría Forense.* 2' Ed. Editora Nacional, p. 10. México, 1967.

El examen pericial psiquiátrico

Para hacer el examen de un paciente alienado no basta con observarlo en un estado momentáneo; hay que registrar minuciosamente su historia psicológica porque de ella deriva en gran parte la opinión que acerca del caso nos formamos.

Esta revisión de los antecedentes es lo que se denomina *anamnesis*, se refiere siempre al pasado del paciente. Se encuentran los datos remotos, relativos a la herencia, la formación de la personalidad durante la niñez y la pubertad, a las circunstancias que precedieron, acompañaron y siguieron al desarrollo de la vida psíquica del paciente.

Conocida la investigación de los antecedentes pasados del paciente, se procede al examen del estado actual que comprende: el examen orgánico, el examen psiquiátrico y la observación. El primero y el segundo los verifica el experto ciñéndose a las reglas que para ellos les ofrece la clínica, y debe ser en uno o varios tiempos, tan minucioso que no deje resquicio por donde entre la duda.

No es necesario entrar en detalles sobre esta parte, esencial y difícil para el experto mismo, pero sin interés práctico para el jurista: baste con decir que abarca el examen de todos los aparatos y sistemas del organismo; los exámenes de laboratorio que complementan lo anterior; un examen muy detenido del sistema nervioso y, en cuanto, a la parte psiquiátrica, el estudio antropológico; el de la conducta y actividad general en el momento del examen; el de las diferentes funciones psíquicas (sensación, percepción, asociaciones, pensamiento, imaginación, memoria, afecto, consciencia, voluntad, juicio y raciocinio).

Se comprobará asimismo, cuál es el estado del lenguaje, el desarrollo de la inteligencia. Todo esto por medio de la observación, del interrogatorio, o valiéndose de distintas pruebas, o tests psicológicos de que dispone el psiquiatra.

La observación debe ser completa, eficiente y cómoda. Estos requisitos se logran internando al sospechoso en un manicomio, o

en un servicio psiquiátrico para sustraerse a malas influencias; para poder seguir su comportamiento paso a paso.

Imputabilidad

No existe un punto de vista medicolegal de la *imputabilidad*, sino un conjunto de teorías o de perspectivas legales, que son las que orientan con sus presupuestos psicológicos esta parte importante de todo delito. Históricamente la imputabilidad se consideraba como la capacidad de entender y querer (conocimiento y voluntad); este sentido se ha tenido que modificar porque muchos inimputables pueden conocer y querer (por ejemplo algún tipo de enajenado o el menor pueden saber que matan y querer hacerlo), de hecho si no se sabe en absoluto lo que se hace se puede incluso negar la existencia de comportamiento humano.

El más claro de estos postulados señala que la *imputabilidad* es el cimiento de la culpabilidad: cualidad del sujeto y capacidad ante el derecho penal. Es en sentido que se considera a la imputabilidad de manera *objetiva*, si el sujeto cuenta con la edad suficiente para que el derecho le reconozca su capacidad; y *subjetiva*, cuando el sujeto presenta una salud mental inadecuada.

Las corrientes modernas sobre esta categoría se dividen entre si es la imputabilidad un elemento independiente de la culpabilidad o si por el contrario, como se ha dicho, antecedente de la culpabilidad y no constituye un elemento del delito. Los imputables pueden cometer acciones antijurídicas, típicas y culpables, y de ser constatadas por el derecho penal, pueden aplicarse las medidas de seguridad conforme a la fase post-delictual.

La imputabilidad implica una capacidad de querer (conducirse conforme a este motivo), e implica la capacidad de comprender (el significado de la ilicitud). De acuerdo al Código Penal dominicano, son imputables aquellos sujetos «cuyos crímenes, heridas y golpes involuntarios no sean excusables», tal como lo establecen los artículos 64, 321, 327 y 329.

Imputabilidad disminuida

Si conceptualizamos este término, debemos decir que indica *«la carencia o la falta de capacidad de un sujeto, de conocer o de entender el ilícito de un hecho, y consecuentemente dada su incapacidad, se encuentra imposibilitado para determinarse espontáneamente conforme a su comprensión»*.[90]

Al tenor de las teorías general del delito, es confuso determinar la imputabilidad disminuida (otros prefieren referirse a ella como imputabilidad parcial), ya que en ningún caso excluye la imputabilidad, aunque sí su grado.

En cuanto a los delincuentes más peligrosos, en los casos en que no pueda probarse su estado mental, sirve de base para definir la reclusión; en cuanto a la facultad potestativa del juzgador para atenuar la pena, sirve de base en la imposición de una pena hasta las tres terceras partes de la pena correspondiente al delito cometido; en cuanto a lo que establece el derecho, en relación a la minoridad de edad o el grado de afectación psíquica, se le aplicarán sin excepción alguna los exámenes médico-psiquiátricos o neurológicos para determinar el grado de madurez mental o perturbación.

Inimputabilidad

La falta de comprender el significado antijurídico de sus actos o de dirigir su actuación conforme a esa comprensión, definición que algunos códigos penales, como el alemán recogen en sus textos, así como las causas de la inculpabilidad es lo que se denomina

---

90. Rodolfo Monarque Ureña. *Lineamientos Elementales de la Teoría General del Delito.* Guadalajara, Jalisco, 2000. Pág. 93

inimputabilidad, o, en sentido genérico, las circunstancias que anulan o excluyen la capacidad del individuo para comprender el ilícito de su conducta y le impiden determinar la comprensión de tales sucesos.

Al igual que en la imputabilidad, los elementos más importantes se concentran en la maduración psicológica del sujeto, y en el derecho penal de reconocer las circunstancias que son excluyentes de imputabilidad, y que están designadas taxativamente en el Código Penal. Pero esta capacidad de comprender el significado antijurídico significa que su situación mental le impide comprender la ilicitud de sus actos, y su capacidad de dirigir su voluntad quiere decir que no puede controlar su voluntad a pesar de conocer su ilicitud. Si falta lo primero normalmente falta lo segundo, sin embargo puede faltar lo segundo pero no lo primero, es decir que el sujeto entienda pero no pueda controlar; por ejemplo, un oligofrénico ni entiende ni controla, pero un psicópata o un esquizofrénico pueden entender pero no controlar.

En la legislación penal nuestra (la imputabilidad no se definía en la ley penal), se consideran causas contrarias que la negaban, en el artículo 64, eran: la enajenación mental y trastorno mental transitorio, minoría de edad y alteraciones en la percepción: todos ellos eran requisitos psicobiológicos que provocaban una anulación del conocimiento y voluntad, que luego se vino en llamar capacidad de comprender la ilicitud de los hechos o de dirigir la voluntad.

Causas de inimputabilidad

En el ordenamiento penal dominicano se constituyen causas de inimputabilidad las siguientes: a) estados de inconsciencia; b) miedo grave; y c) sordomudez.

Los estados de inconsciencias: Aquellos estados mentales, mejor conocido como el trastorno, transitorio o permanente, desarrollo intelectual retardado, que padece el inculpado al momento

de cometer la infracción, que le impide comprender el carácter ilícito del hecho.

Entre los trastornos transitorios están: los que resultaren de substancias embriagantes, tóxicos o enervantes, de manera accidental o involuntarias; entre los trastornos permanentes, se cuentan: las enfermedades mentales, tales como la esquizofrenia, paranoia y los delirantes epilépticos. Todos estos trastornos se consideran psicosis, y acarrean inimputabilidad, porque existe en ellas una desvinculación psicológica con la realidad.

Los oligofrénicos son igualmente inimputables (déficit de inteligencia congénita o precozmente adquirida). La oligofrenia se manifiesta en las formas siguientes:

a) *Idiocia:* incapacidad del lenguaje, incapacidad de satisfacer por ellos mismos las necesidades más primarias, incapacidad para comprender el mundo en sus detalles más elementales; esta forma de oligofrenia se considera en grado profundo;

b) *Imbecibilidad:* seria pobreza del lenguaje, inteligencia que no sobrepasa la de un niño de siete años, aunque esta inteligencia puede mejorar gradualmente con el tiempo;

c) *Debilidad mental:* evidente retraso en relación al grupo normal, pudiendo desarrollar grados de escolaridad más o menos favorables. No reportan gran éxitos en las relaciones sociales y son objeto de burlas por partes de sus allegados, por lo que tienden a tener relaciones con personas de menor edad. En los tiempos de escasa oferta laboral, son los primeros que engrosan la fila de desempleados.

Otras causas de inimputabilidad:

El miedo grave

El miedo grave supone un estado de grave traumatismo mental que suprime en el sujeto su capacidad de entender la significación

antijurídica del hecho y de voluntad para determinarse conforme a dicha comprensión. Constituye una causa de inculpabilidad.

El temor fundado

El temor fundado, en cambio, se basa en la coacción moral ejercida sobre el sujeto, mediante la amenaza de un peligro grave e inminente, de una persona vinculada a él por afectos o gratitud suficientes. Constituye una causa de inimputabilidad.

El caso fortuito

El caso fortuito la ley lo sitúa en el límite de la culpabilidad y comienza donde termina la culpa. Eso significa que el sujeto que causa materialmente un daño (cuyo resultado es humanamente imprevisible e inevitable) no ha actuado imprudentemente ni con negligencia, sino que ha ocurrido por la concurrencia de una causa ajena a su actuación. Constituye una causa de inculpabilidad.

II. Culpabilidad

Para Enrique Bacigalupo, la "culpabilidad constituye el conjunto de condiciones que determinan que el autor de una acción típica y antijurídica y atribuible sea criminalmente responsable de la misma". Para Luis Jiménez de Asúa, la culpabilidad es: "el conjunto de presupuestos que fundamentan la reprochabilidad personal de la conducta antijurídica". Castellanos Tena, la define como "el nexo intelectual y emocional que liga al sujeto con el acto".

Para Edmundo Mezger, "la culpabilidad es el conjunto de presupuestos que fundamentan el reproche personal al autor por el hecho punible que ha cometido". Hans Welzel señala que "la acción antijurídica es la culpabilidad". Para Raúl Zaffaroni, "la culpabilidad es la reprochabilidad del injusto al autor".

Jescheck menciona que el concepto formal de culpabilidad abarca "aquellos elementos psíquicos del hecho que en un ordenamiento jurídico dado se exigen positivamente como presupuestos de la acción objetiva".

El concepto material de la culpabilidad descubre las razones por las que ciertos factores psíquicos se toman como presupuestos de la imputación subjetiva y en caso de faltar determinan la desaparición del juicio de culpabilidad.

Claus Roxin no le llama culpabilidad sino responsabilidad, es decir, examina si el autor de una conducta antijurídica es merecedor de la pena.

Günter Jakobs define la culpabilidad "como una regulación según la exigencia del fin de la pena, para una sociedad con una precisa constitución".[90]

Por otro lado, existen tres teorías para explicar la culpabilidad, muy vinculada a la teoría general del delito. En primer lugar, la *teoría psicologista*, que afirma que ésta cosiste en el nexo psicológico e intelectual de dolo y la culpa, entre la conducta del sujeto y el resultado producido o la puesta en peligro de algún bien jurídico tutelado.

En segundo lugar, y como consecuencia de resolver situaciones en los que el esquema psicológico se había quebrantado, está la *teoría normativa*, que exige que el sujeto tiene la obligación de conducirse de forma racional y legalmente, frente la disposición de una norma.

En la tercera teoría, llamada *ecléctica* de la culpabilidad, y consiste en una combinación de las dos teorías anteriores. Tiene como presupuesto la imputabilidad; debe existir un nexo psicológico en forma de dolo o culpa y al agente debe serle lógico la reprochabilidad en la conducta.

90. Este rosario de conceptos sobre la culpabilidad fueron citados por Carlos Daza Gómez. *Teoría de la imputación personal*. Conferencia, Cuba. 1997.

1. Teoría Psicológica

Teoría causalista naturalista. Carlos Binding, Franz Von Liszt, Paul Merkel, Hellmunth y Meyer:

a) Carlos Binding:

Para Binding el dolo y la culpa son una pura relación, o mejor dicho, el dolo y la culpa son la pura culpabilidad. En su teoría antijurídicamente o antinormativa, ya que no es ni dolosa ni culposa. La culpabilidad se encuentra contenida en el dolo y la culpa, de la siguiente forma: a) El dolo solo exige que el autor haya actuado con consciencia de antijuridicidad del deber, con ello se obtienen como resultado que el dolo y la culpa son escalones de culpabilidad. b) Binding utiliza el significado puro y jurídico de la palabra culpabilidad, olvidando el campo de la ética o de las costumbres.

Para Binding la culpabilidad es el resultado de tomar en cuenta lo que hizo el autor. En sentido estricto la define así: "es la voluntad de capacidad de acción como causa de una antijuridicidad". En sentido amplio es *«la desaprobación jurídica porque el hecho era evitable o podría haber sido evitable y de esa forma cumplir con el deber jurídico».*

b) Franz von Liszt:

Von Liszt considera a la culpabilidad en el más amplio sentido, como la responsabilidad del autor por el acto ilícito que ha realizado, el juicio de culpabilidad expresa la consecuencia ilícita que trae consigo el hecho cometido y se le atribuye a la persona del infractor.

A la desaprobación jurídica del acto se añade la que recae sobre el actor. La culpabilidad en sentido estricto es *«la relación subjetiva entre el acto y el autor».* La relación subjetiva entre el hecho y el autor solo puede ser psicológica pero existe determinada la

ordenación jurídica en consideración valorativa, según ella el acto culpable es la acción dolosa o culposa del individuo imputable.

Franz von Liszt afirma que la imputación contenida en el juicio de la culpabilidad contiene dos elementos: a) La imputación del autor consistente en aquel estado psíquico del autor que le garantiza la posibilidad de conducirse socialmente, con la facultad que tiene el agente de determinarse, de manera general con las normas de conducta social. b) La imputación del acto se da cuando el autor conocía la significación antisocial de su conducta, o hubiese podido y debido conocerla. Para éste autor la culpabilidad tiene dos especies: el dolo y la culpa.

c) Paul Merkel:

Define la culpabilidad como *«juicio de desvalor sobre una persona, justamente sobre su actitud que se revela por medio de ella que actuó de una manera determinada».*

El dolo y la culpa para Merkel son dos formas: Una persona es culpable cuando hay capacidad de culpabilidad, la consciencia de la antijuridicidad no tiene ningún lugar en el dolo, la relación sobre la antijuridicidad no es, o no se dirige o no existe, en la comprobación de la culpabilidad en la psiquis del autor.

En resumen: sólo el acto doloso o culposo de un tipo penal puede existir en el juicio de la culpabilidad, por tanto es decisivo que el dolo y la culpa sean fundamentos o requisitos previos de la culpabilidad.

d) Theodor R. Schultze:

Schultze utiliza el concepto de atribución o de imputación en lugar de culpabilidad, entendiendo a ésta como *«la dirección o acción penal causada por la voluntad del hombre»*. La atribución o la imputación es el deber del juez penal de reconocer que el autor es

culpable, y por ende su conducta es punible. Señala que la atribución es a la conducta, y ésta se asienta sobre la dirección de la voluntad del autor. El autor debe ser culpable del hecho.

e) Gustav Radbruch:

Radbruch trata de encontrar un concepto que abarque el dolo y la culpa, y así plantea dos hipótesis:

a) Utiliza el dolo como un momento valorativo, por lo que aparece un juicio sobre la antijuridicidad, como juicio de valor, por lo que el dolo contiene a la antijuridicidad (*dolus malus*).

b) Utiliza a la culpa como elemento valorativo, con base en la normal atención del autor en los delitos culposos y la antijuridicidad de la conducta, con esto no es una mala representación del resultado. La culpabilidad es un estado de ánimo que tiene características especiales.

Para Radbruch la culpabilidad es *«como un estado de ánimo en el cual una acción se aparece como las características de una acción basada en el estado de ánimo».*

2. Teoría normativa

El causalismo valorativo tiene en Reinhart Frank, James Goldschmidt, Berthold Freudental y Edmund Mezger, sus máximos exponentes. En México, Fernando Castellanos Tena, Raúl Carrança y Rivas, Ricardo Franco Guzmán y Pavón Vasconcelos, coinciden en esta doctrina.

a) Reinhart Frank:

La obra de Frank es el punto de partida de la teoría normativa de la culpabilidad. La teoría de la culpabilidad se fundamenta en las circunstancias del hecho, es decir, el concepto de culpabilidad debe

comprender las circunstancias que rodean al hecho. Así pues, en el estado de necesidad señala que el sujeto activo actúa con dolo, es decir, la culpabilidad no sólo es una relación psíquica del autor que actúa con dolo, por lo tanto en el estado de necesidad no desaparece el dolo.

Incorpora al concepto de reprochabilidad los siguientes requisitos: a normal actitud espiritual del autor, la concreta relación psíquica del autor con su acto y las normales condiciones en las cuales se da el hecho.

Frank descubre que las circunstancias concretas para el delito culposo, y en especial para la culpabilidad en general, son de significancia. Frank sostiene que las circunstancias normales rigen o deben ser tomadas para la culpabilidad.

La motivación aparece como la medida de la culpabilidad que sería la parte no comprobada. Hay un momento ético, y ello tiene significación en la motivación de las circunstancias que rodean al hecho, que es de suma importancia para las consideraciones sobre la medida de la pena.

Para Reinhart Frank la culpabilidad no está en la psiquis del autor. Culpabilidad es solamente un juicio que, a la conducta antijurídica (por hecho dados en la realidad), le sería reprochado. A estos hechos (dolo y culpa), así como a la libertad o a la dirección de los hechos, se le puede hacer un reproche cuando él podía haber actuado de otra forma.

La exigencia de la libertad será entonces la más importante; cuando existe un defecto de la libertad; habrá una exclusión de la culpabilidad y será fundamento de la disciplina.

Por último, Frank afirma que la culpabilidad es un querer contrario al deber.

b) James Goldschmidt:

En su obra *La concepción normativa de la culpabilidad* apunta que los expositores del normativismo sostienen sus doctrinas en

dos puntos capitales; por un lado, la norma sobre la que apoyan el juicio de culpabilidad; por otro, una nota real que sirve de base al juicio. Golschmidt parte de la cuestión de si el concepto de culpabilidad es externo a los componentes psicológicos y no se manifiestan en el o no hay elementos normativos.

Para este autor el elemento normativo es la contrariedad al deber. Además sustenta el problema de la consciencia de la culpabilidad sobre la base de la norma del deber, debiendo examinarse si la norma de deber es independiente o se refiere a la norma de cultura que determina la parte material de la antijuridicidad.

Considera que la norma de deber aparece en forma independiente con la exigibilidad, que es la base de la teoría normativa. De allí que las normas de deber son el límite externo de las exigencias puestas en la motivación, o sea, la exigibilidad.

La reprochabilidad aparece como el no dejarse motivar por la representación del deber. La culpabilidad como modalidad de un hecho antijurídico, es la distribución de tal hecho a una motivación reprochable. La exigibilidad presupone siempre un deber.

La Teoría de Golschmidt se basa en la contraposición de dos normas: La norma de derecho, que se refiere a lo injusto, y la norma del deber que se refiere a la culpabilidad. La valoración queda a un lado del dolo.

Goldschmidt afirma, si bien la motivación normal no es único presupuesto de la exigibilidad y la reprochabilidad, si aparece como presupuesto de la no exigibilidad. La culpabilidad no es una mera relación psíquica del autor con la acción antijurídica, sino una valoración del supuesto psíquico.

El elemento normativo en la culpa sería un deber especial para motivarse en virtud de representar el resultado junto con la existencia de un elemento general normativo de la culpabilidad que sería la actitud de la voluntad en contra del deber.

Para Goldschmidt la culpabilidad es la intención o la conjunción de un hecho antijurídico que es reconocido en virtud de una dificultad en la valoración. No es el hecho antijurídico mismo, sino la dirección de la motivación la que es reprochable.

c) Berthold Freudenthal:

Para Freundenthal las circunstancias concomitantes son componentes del dolo y la culpa. Concibe al dolo como un momento ético en la culpabilidad. Freundenthal deduce que la culpabilidad contiene en si la desaprobación de una conducta, intenta precisar cual es la falla del poder del autor, según el hecho y las circunstancias concomitantes, y analiza una premisa. ¿Cómo se puede normalmente exigir a alguien según las circunstancias concomitantes? ¿Cómo no se puede normalmente exigir a alguien según las circunstancias del momento?

De ahí la falla del poder y con ello la culpabilidad del autor. Deben analizarse las circunstancias del caso, es decir, cómo había actuado el sujeto activo, entonces no podía hacérsele ningún reproche a este; si esa circunstancia no le era exigible de otra conducta adecuada al derecho será el criterio del reproche.

d) Guillermo Sauer:

Define la culpabilidad como: "una falta ético-social que encierra el reproche de la lesión grave, socialmente relevante de un deber". Este deber considera la culpabilidad como juicio de desvalor con base en una consideración objetiva del espíritu del autor. Esta se produce en la consciencia del autor, en contra de lo jurídico.

En su definición expone: es un juicio de desvalor o reproche que la sociedad hace a un individuo que tiene una conducta socialmente inadecuada, libremente determinada y considerada como antisocial; Sauer explica la dificultad de reproche de culpabilidad que está en la conducta psíquica, a esto lo llama la primera clase de culpabilidad.

Distingue entre la culpabilidad del ánimo y la culpabilidad del carácter, las cuales funda en la denominada "crónica" y que se refieren a hechos concretos.

Sauer fundamenta la culpabilidad de la siguiente forma: a) Objeto de la culpabilidad. Tendencia de fuerza y de valor de un hombre, especialmente de su querer. b) Medida de culpabilidad. Es la desaprobación por el derecho, es materialmente la peligrosidad social, el daño social. c) Caracteres de la culpabilidad de elementos. Dolo y culpa, a las que considera parte integrantes, esenciales de la culpabilidad.

e) Edmund Mezger:

A Mezger se debe lo que se le ha denominado "teoría compleja de la culpabilidad".

Este autor define la culpabilidad como *«el conjunto de los presupuestos que fundamentan el reproche personal al autor por el hecho punible que ha cometido».* Explica que los presupuestos muestran el hecho como una expresión jurídicamente desaprobada de la personalidad del autor. El término reprochabilidad empleado a veces, significa prácticamente lo mismo que "reproche". La imputación considerada en sí, puede definirse como la culpabilidad "formal" y el reproche determinado en cuanto al contenido como culpabilidad "material".

Para este autor la culpabilidad es: reproche personal de una conducta antijurídica y una relación subjetiva y psicológica del autor con su hecho.

Para subsanar el problema de la culpa inconsciente, dice que el autor de un hecho culposo o imprudente debe en principio ser consciente de la violación de un deber de cuidado, con el cual debe cargar. Esta persona debe ser consciente de la exigencia de un deber como tal, por lo cual debe evitar el resultado.

En cuanto a la culpa Mezger exige una abstracta relación psíquica del autor con sus actos, que normalmente no existe.

Culpabilidad es una cualidad de la acción concreta y un juicio sobre ella; Mezger considera como elementos de la culpabilidad: la

atribución de dolo o de culpa y la no existencia previa de causas que fundamentan la exclusión de la culpabilidad.

Mezger explica que actúa sin culpabilidad quien no se puede conformar con la norma, por lo tanto no se le puede reprochar la conducta.

La culpabilidad es la suma de requisitos; los cuales permiten un reproche fundamentado en la personalidad contra el autor del hecho punible, y con ello fundamentar la desaprobación jurídica, fundada en la personalidad del sujeto activo del delito.

Mezger afirma que la imputabilidad, dolo y culpa aparecen formando la culpabilidad.

También señala a la culpabilidad como una situación psicológica que por medio de una valoración se precisa, que ella es contraria al deber, por lo tanto, reprochable. El objeto de valoración debe ser el dolo en cuanto a la relación de hecho. Con el juicio de culpabilidad se une el reproche en contra del autor, quien podría actuar de otra manera. Propone que la voluntad del autor sea comparada con el actuar medio, y en la discrepancia, surge la valoración y la medida del juicio.

Mezger afirma que es exigible al autor que reaccione de igual forma a lo que se considera al carácter normal.

Por último, la medida del reproche estará dada no sobre la formación de la voluntad, sino como se desarrolla la representación de los hechos del autor.

3. Teoría finalista

A continuación expondremos el pensamiento de autores finalistas y neofinalistas.

a) Hans Welzel

Welzel es el precursor de la teoría de la acción final. En su obra Derecho Penal Alemán, señala que la *«acción humana es*

ejercicio de actividad final. La acción es acontecer final, no solamente causal». La finalidad o el carácter final de la acción se basan en que el hombre gracias a su saber causal, puede prever dentro de ciertos límites las consecuencias posibles de su actitud, conforme a su plan, a la consecuencia de estos fines. En virtud de su saber causal previo, puede dirigir los distintos actos de su actividad de tal modo que oriente el acontecer causal exterior a un fin, y así lo sobredetermine formalmente.

Actividad final es un obrar orientado conscientemente desde el fin, mientras que el acontecer causal no está dirigido desde el fin, sino que es el resultado causal de los componentes causales existentes en cada caso. Por eso la finalidad es "vidente" y la causalidad "ciega". Welzel señala: Por eso con igual derecho se designa "culpable" la voluntad de la acción; la culpabilidad es reprochabilidad de la configuración de la voluntad. Toda la culpabilidad es "culpabilidad de voluntad". Aquello respecto de lo cual el hombre actúa voluntariamente puede ser reprochado como culpabilidad. Solo puede ser culpable el individuo dotado de una voluntad. Para Welzel son presupuestos de la reprochabilidad: a) La capacidad del autor, atendiendo a sus fuerzas psíquicas, de motivarse de acuerdo a la norma (los presupuestos existenciales de la reprochabilidad: la imputabilidad). b) El autor está en situación de motivarse de acuerdo con la norma en virtud de la comprensión posible de la antijuridicidad de un propósito concreto (los presupuestos especiales de la reprochabilidad; la posibilidad de comprensión del injusto).

Afirma que en la culpabilidad se encuentra al autor con una decisión para una acción antijurídica. El momento de la culpabilidad, en la acción penal, se encuentra en la decisión de la voluntad por un valor bajo (el desvalor) que pertenece entonces al valor. La culpabilidad se muestra como capacidad de inteligencia, desvalor de la acción, y capacidad de voluntad, para decidir entre el valor y el poder.

Welzel, afirma la culpabilidad como un reproche personal en contra del autor. El activo pudo omitir la acción antijurídica y, sin

embargo, actuó, por ello la esencia de la culpabilidad está en el poder del autor.

En la culpabilidad el defecto de capacidad en la formación de la voluntad es la que será reprochable y esto es un requisito del reproche de culpabilidad, porque el autor pudo haber formado su voluntad conforme a la norma y el deber, siendo capaz de la atribución de lo injusto.

Para Wetzel la culpabilidad es la reprochabilidad del hecho antijurídico individual, lo que se reprocha es la resolución de voluntad antijurídica en relación con el hecho individual, presupuesto de la reprochabilidad es la capacidad de autodeterminación, es decir, conforme a lo sentido por el autor: su capacidad de culpabilidad o imputabilidad.

b) Armin Kaufmann:

Para Kaufmann la culpabilidad es acción culpable; en sentido estricto, culpabilidad es aquello que distingue a la acción del hecho que realiza el tipo penal objetivo.

Kaufmann considera a la culpabilidad una virtud, no sólo una relación de saber y entender, resume en tres los elementos de la culpabilidad:

a) Capacidad de culpabilidad (imputabilidad);
b) Dolo y culpa, y
c) Exigibilidad.

Kaufmann afirma que el autor debe conocer el carácter ilícito de su acto, sólo así será posible hacerle un reproche de culpabilidad. Demostró que la culpabilidad es un fenómeno metafísico, por lo que la culpabilidad se coloca sobre el hombre, de manera que a él se le pueda definir como una esencia que pueda ser culpable.

La culpabilidad presenta una consecuencia, una voluntad hacia el delito, en la cual el deber moral del hombre tiene un aspecto relevante. Kaufmann concibe la culpabilidad como *«libre y responsable decisión de la voluntad contra un reconocido deber*

moral y ético». Señala que el reproche de culpabilidad será levantado cuando el autor se puede dejar motivar por la norma, y sin embargo, no lo hizo.

La reprochabilidad significa que están dadas las condiciones para el reproche. El reproche está dirigido al sujeto y a dos objetos; aquel que es reprochado y lo que se reprocha. El reproche significa que el orden jurídico reprocha, al capaz de cumplir su deber, lo ilícito o injusto de su comportamiento. Este autor sostiene que es posible hablar de un reproche de culpabilidad. En este punto a quien se hubiera podido motivar por la norma y que no ha cumplido con el deber. La falta del cumplimiento del deber es lo que se reprocha.

Junto al desvalor del resultado y al desvalor de la acción aparece el desvalor de la personalidad, junto al ilícito objetivo y el ilícito personal se agrega la culpabilidad. La culpabilidad es siempre reprochable, ya que el no cumplimiento del deber, por alguien capaz de hacerlo, conlleva siempre a una relación valorativa con el derecho que se designa como "reprochabilidad".

Kaufmann concluye que los requisitos de la reprochabilidad en los delitos de acción y de omisión no tienen ninguna diferencia y mantienen la capacidad de motivación normal, como la exigencia fundamental del reproche de culpabilidad.

Por lo que respecta a los delitos de omisión dice, la capacidad, según la cual se conduce el conocimiento del deber, es fundamento particular de la voluntad, es un elemento propio de la culpabilidad. La capacidad de motivación es también capacidad de culpabilidad o de atribución.

c) Reinhart Maurach:

Maurach parte de la premisa de considerar que una acción típicamente antijurídica, tan solo es relevante para el derecho penal si el juicio de desvalor sobre el acto se extiende también al autor. El juicio de desvalor extendido del acto desvalorado del autor se designara, en general, como "culpabilidad jurídico penal".

Maurach concibe la culpabilidad como *«conjunto de presupuestos que derivan del hecho punible, un reproche personal frente al autor, como reprochabilidad de una acción antijurídica por la deficiencia de los procesos psíquicos causantes»*. Aquella cualidad de la acción antijurídica que permite hacer al autor el reproche personal de no haberlo omitido, como falta de apego a un valor jurídicamente protegido y, en consecuencia, al orden valorativo del propio derecho.

Considera que la culpabilidad presenta problemas para abarcar diversos casos, propone utilizar el término atribuibilidad.

Por atribuibilidad de una acción debe entenderse el juicio de que el autor, al cometer su acción típica y antijurídica del derecho: la atribuibilidad de desvalor, no representa necesariamente también un juicio de reproche.

La atribuibilidad únicamente pone de relieve que el acto "debe ser atribuido al autor como suyo". El modo como debe ser atribuido es cuestión distinta.

El grado de atribuibilidad depende de los presupuestos de la reacción del juez penal. Maurach afirma: *«concebimos, pues, a la atribuibilidad como aquella relación jurídicamente desaprobada del autor con su acto típico y antijurídico, que ofrece la base de las distintas posibilidades de reacción del Juez penal».*

De la comisión del injusto típico no resulta aún la responsabilidad por el hecho del agente. Responsabilidad por el hecho significa: deber responder del acto. Pero responder, tan solo se puede del "acto propio", en tanto que las circunstancias objetivas del acto han permitido una motivación por parte del autor. La desaprobación del autor lleva implícita la responsabilidad, la cual tiene el cometido no sólo de tender un puente entre acto y autor desvalorados, sino de realizar una comparación personal, esto es, una comparación entre el autor y el término medio de los restantes súbditos, descrito por el derecho positivo.

La simple desaprobación del autor no le basta. Exige además la formulación de un reproche del autor, la relación entre

responsabilidad por el acto y culpabilidad es la misma a la que media entre desaprobación y reproche.

El reproche supone algo más que la simple desaprobación, requiere también el poder exigir del sujeto la capacidad de actuar conforme a derecho.

d) Hans Achenbach:

Hace una triple clasificación de la culpabilidad:

a) La idea de culpabilidad como rango constitucional, esto es el límite al poder del Estado.

b) La culpabilidad como fundamento de la pena.

c) La culpabilidad como medida de la pena.

Para Achenbach la teoría de la culpabilidad se basa en la prevención general positiva.

El sustento es la imputación objetiva que se puede deducir desde criterios sólo preventivos.

Achenbach sostiene: no existe una culpabilidad real fuera de la imputabilidad social de responsabilidad.

Concluye: la prevención no aparece limitada por la culpabilidad; sino con un limite en sentido normativo.

e) H. H. Jescheck:

Jescheck fundamenta, como con Maurach, Kaufmann y Welzel, la corriente que considera el juicio de culpabilidad como la valoración sobre la relación entre el autor y su hecho, es decir, afirman que el hombre es libre, responsable moralmente y capaz por sí mismo. Jescheck realiza una separación entre antijuridicidad y culpabilidad.

Considera que el examen de la antijuridicidad debe preceder a la culpabilidad, ambas constituyen dos criterios materiales a cuyo tenor se determina la punibilidad de una acción. El examen de la antijuridicidad significa que el hecho es estudiado en cuanto a su

corrección objetiva desde el ángulo de la cualidad de la acción y del resultado (coincidencia con las normas del deber del ordenamiento jurídico). El injusto consistente en que el hecho contradice al derecho en sus elementos objetivos y subjetivos.

La culpabilidad para Jescheck consistente en que el autor se le achaca el hecho antijurídico porque la formación de la voluntad descansó en una defectuosa actitud interna frente al derecho. El objetivo del juicio de culpabilidad es el hecho antijurídico atendiendo a la actitud interna y jurídicamente desaprobada que en él se actualiza.

Por lo tanto el objeto del juicio de la culpabilidad es la falta de actitud jurídica, no se diferencia en principio de otras técnicas conforme a las cuales habrá que buscar la culpabilidad en la "motivación" en el poder de la formación de la voluntad, o en la manifestación jurídicamente desaprobada de la personalidad del autor, ya que estas definiciones sólo resultan imaginables sobre la base de una censurable postura ante el derecho.

Por último, para este autor la culpabilidad está compuesta por:

1. Capacidad de culpabilidad, que es la salud mental y psíquica del autor.

2. Consciencia de la antijuridicidad. Quien con pleno conocimiento de la prohibición decide realizar el hecho, revela una actitud frente al derecho especialmente merecedora de desaprobación, por el contrario cuando concurre un error de prohibición, no cabe sancionar al autor si el error fuere invencible.

4. Teoría Funcionalista:

a) Claus Roxin:

Roxin es considerado en la actualidad como un post-finalista, debido a sus estudios y aportaciones a la teoría del delito. En su libro *La culpabilidad y prevención en derecho penal,* dice: *«En la actual ciencia del derecho penal se discute vivamente la cuestión de si la pena se puede justificar por la culpabilidad del*

delincuente. La tesis más radical, partidaria de suprimir por completo el concepto de pena, se basa en la siguiente premisa: la culpabilidad supone que el delincuente hubiera podido actuar de un modo distinto a como lo ha hecho; pero una libertad de voluntad de esta clase no existe o, como todo el mundo reconoce, no se puede demostrar científicamente; aunque existiera en abstracto, no se podría demostrar en todo caso con seguridad si un delincuente concreto puede actuar de modo distinto en el momento de cometer el delito. Puesto que no es posible demostrar la existencia de la culpabilidad y dado que no se puede derivar deducciones científicas de premisas indemostrables, tampoco se puede trabajar con el concepto de la culpabilidad».

Roxin parte de la teoría neo-kantiana, ya que desarrolla un sistema teleológico, sostiene que la base del sistema está en la idea del fin, especialmente del fin de la Política criminal.
Propone la idea de una vuelta al pensamiento político-criminal como objetivo de interés científico y desde ahí su influencia sobre la dogmática penal.

Lo más destacado de la teoría de Claus Roxin es que orienta las categorías del delito al deber ser de la Política criminal.
Cambia la denominación de culpabilidad por responsabilidad; es decir, examina si el autor de una conducta antijurídica es merecedor de una pena.

Roxin al analizar la teoría clásica, o causalista normativa, especifica que la culpabilidad se muestra como la capacidad de actuar conforme a la norma. En el autor, considera, hemos de buscar el concepto material de culpabilidad.

El postulado del prestigiado jurista alemán parte de "que los principios político-criminales de la teoría del fin de la pena sustentan la categoría sistemática que comúnmente se denomina culpabilidad". Roxin sostiene que *«...los intentos por separar y oponer las categorías sistemáticas injusto y culpabilidad han resultado, en efecto, inconsistentes todas ellas... los conceptos han resultados, en efecto, inconsistentes todas ellas... los conceptos tales como el objetivo y el subjetivo el deber y el poder, lo general y lo*

individual, el desvalor de la acción y el desvalor de la actitud interna, sólo abarcan fragmentos parciales de la problemática y no pueden comprender la totalidad de los fenómenos que deben incluir sistemáticamente en éstas categorías».

Roxin afirma que *«puede ser un punto de partida ideológico-teológico, político-criminal; mientras que el tipo establece las tablas legales, es decir, prohibiciones fundamentales a modo de anunciar para todos los ciudadanos a efecto de prevención general, y la antijuridicidad designa la conducta correcta en casos de conflicto, el siguiente grado de delito hace referencia a la cuestión de si es necesaria una sanción contra el autor concreto desde puntos de vista jurídico penales».*

Claus Roxin considera que el término culpabilidad no es muy adecuado para designar la categoría sistemática en estudio, pues habría problemas para equiparar la culpabilidad a la necesidad de una sanción penal.

Para Roxin lo decisivo no es el poder actuar de otro modo, sino que el legislador, desde puntos de vista jurídico-penales, quiere hacer responsable al autor de su actuación.

El pensamiento de Roxin se hace patente cuando afirma que *«el injusto decide sobre el problema de si una conducta es o no ajustada a las reglas de la ley del derecho penal; en cambio la categoría de la responsabilidad responde desde puntos de vista político-criminales a la cuestión de la necesidad jurídico-penal de sancionar en el caso concreto. Pues el legislador, como el juez interpreta su voluntad, sólo puede deducir esa respuesta de los postulados de la teoría del fin de la pena».*

Roxin concluye que *«la teoría del fin de la pena explica sin dificultad por que el legislador a veces castiga y a veces prescinde de la sanción pese al poder general de actuar de otro modo y pese a la culpabilidad que por ello existe; porque, aun dando por supuesta la posibilidad de culpabilidad humana, hace defender la responsabilidad jurídica-penal de consideraciones preventivas».*

b) Günter Jakobs:

Se ubica a Jakobs dentro de los juristas que consideran la culpabilidad como un concepto funcional. Es decir, la culpabilidad no se basa en la libertad del hombre –la cual ponen en duda–; no parte de la acción sino que ve la culpabilidad como un concepto funcional, por un lado y desde la perspectiva utilitarista por otro, teniendo como fundamento la prevención general positiva.

Jakobs sostiene que el concepto de culpabilidad es formal, de manera que sólo la finalidad da contenido a la culpabilidad.
El fin es el reconocimiento de la norma, pero la determinación de la culpabilidad implica definir a quien le corresponde cargar con el conflicto.

De manera que imputación y culpabilidad son un procedimiento por el cual *«se aísla de entre las condiciones dadas correspondientes al hecho que defrauda la esperanza, una que se constituye en la única jurídica y penalmente relevante la falta de motivación»*.

La imputación del hecho como culpable, como se ha visto es, sólo necesaria cuando la lesión no puede ser absorbida por la norma. Para Jakobs la finalidad, es por lo tanto, solamente lo que santifica la imputación de un comportamiento contrario a la norma a título de culpabilidad. De ahí que Jakobs afirme que el principio de culpabilidad aparece como derivado de la prevención general.

c) Eugenio Raúl Zaffaroni:

El concepto general de culpabilidad: *«Es la reprochabilidad del injusto al autor»*, y reflexiona preguntándose: ¿qué se reprocha?, el injusto: ¿por qué se le reprocha?, porque no se motivó con la norma; ¿por qué se le reprocha no haberse motivado en la norma? porque le era exigible que se motivase en ella. Un injusto, es decir, una conducta típica y antijurídica, es culpable cuando al auto le es reprochable la realización de esa conducta porque no se motivó en

la norma, siéndole exigible, en las circunstancias en que actuó, que se motivase en ella. Al no haberse motivado en la norma cuando podía y le era exigible que lo hiciere, el autor muestra una disposición interna contraria al derecho.

Capacidad mental

No incurre en responsabilidad penal el loco o demente aunque haya actuado en un intervalo lúcido y todo aquel que por una causa independiente de su voluntad se halle privado de razón.

Este criterio jurídico se conoce como irresponsabilidad penal. En realidad, es un criterio anticuado, anticientífico.[91] Es necesario hacer una disección de este principio tal como lo haría un especialista de la medicina legal, ya que tiene una tremenda importancia para la práctica del peritaje psiquiátrico y para el porvenir del derecho penal dominicano.

En primer lugar, el concepto de loco es impreciso y además de empírico. El loco del vulgo no es el enfermo mental o alienado del psiquiatra. Cuando el pregunta al perito, ¿el acusado está o no está loco?, no quiere indicar que es un imbécil, un peligroso, o algo así. A lo sumo si está privado de la razón, o actúa por medio de un estado inconsciente.

La capacidad penal de los alienados se fundamenta en teorías más precisas. Algunas de ellas han sido recogidas en los sistemas legales europeos contemporáneos. Se establecen los siguientes:

a) No hay hecho punible cuando en el momento de la acción se encontraba el reo en un estado de inconsciencia o de alteración morbosa en su actividad psíquica para la cual quedaba excluido ejercicio de su voluntad;

---

[91] MORA, CARLOS FEDERICO. Manual de Medicina Forense. Ciudad de Guatemala, América Central. Agosto de 1931. Pág. 302.

b) No se tomará como delito cuando una acción u omisión del hecho por trastorno o debilidad mental o por trastorno de la conciencia, no posea la facultad de comprender la ilegalidad de su acto o de obrar de acuerdo con este conocimiento.

III. Ley M' Naghten, para psicópatas

La Ley M´Naghten, para delincuentes psicópatas, comprende un conjunto de reglas establecidas en 1843, en Inglaterra, para determinar responsabilidad criminal, basadas en la capacidad mental de delincuentes mentalmente trastornados.

Los criterios de estas reglas para establecer una definición de anormalidad mental, surgieron del caso de Daniel M´Naghten, que era un leñador de Glasgow, que intentó asesinar al Primer Ministro británico Sir Robert Peel, y terminó matando a su secretario por equivocación. El homicida resultó ser un enfermo mental que declaró en el juicio que Dios le había ordenado el homicidio, *«así como un conjunto de ilusiones paranoicas, una de las cuales fue que era perseguido por Peel»*. El tribunal lo declaró no culpable por enajenación mental y decretó su internamiento en un establecimiento psiquiátrico. El resultado del juicio provocó una gran controversia y varios años después la reina requirió al Parlamento que se definiera en la cuestión de la responsabilidad penal de los enfermos mentales. De ahí surgió la regla M´Naghten que dice textualmente:

> *"... para establecer una defensa con base en la demencia debe probarse claramente que, a la hora de cometer el hecho, la parte acusada estaba actuando bajo un defecto tal de la razón, de enfermedad mental, como para no conocer la naturaleza y la calidad del acto que cometía; o si lo hacía, que no sabía que lo estaba haciendo mal".*

Las Cortes británicas crearon la Regla M´Naghten, como un conjunto de principios que luego fueron ampliamente utilizados en Inglaterra y en los Estados Unidos para que la Defensa demuestre el enlace causal entre enfermedad mental y delito. La regla M´Naghten, en términos generales, se utilizó hasta 1957, cuando «la Comisión sobre la pena capital propuso una modificación de las reglas para incluir la capacidad de la persona de detenerse a sí misma»[92]. Dos años después, con la creación del Acta de Salud Mental (1959), sin importar este enlace causal, *«cualquier delincuente envidado a un hospital mental por una Corte superior puede ser detenido en el hospital o sujetarse a una orden de custodia».*

La principal crítica que se ha hecho a la regla M´Naghten se basa en su excesivo peso en el componente cognitivo del comportamiento humano.

Los tribunales que la aplicaron posteriormente también tuvieron en cuenta el componente afectivo. De aplicarse de una manera estricta esta regla el psiquiatra tendría que limitarse a una evaluación cognitiva del imputado.

El cumplimiento de las reglas M'Naghten, es decir, *«la prueba de que en el momento del hecho la acción se cometía bajo la influencia de un defecto de la razón debido a una enfermedad mental, y el sujeto imputado no sabía la naturaleza ni la calidad de la misma, y si lo sabía ignoraba que lo que hacía estaba mal hecho»,* ha tenido una gran influencia en la psiquiatría moderna.

Estas reglas tienen adhesión a las facultades intelectuales cognoscitivas (de las clásicas tres esferas o facultades de la actividad psíquica, la intelectual, la volitiva y la afectiva), donde el criterio de enfermedad mental, que no es médico sino legal, admite desde lo temporal a lo permanente y desde una de las facultades a alguna de las otras dos –volitiva y afectiva– y aun su conjunto.

_____

92. Feldman, Philliph. *Comportamiento Criminal: Un Análisis Psicológico*. Fondo de Cultura Económica. Primera edición en español, 1989. México, D. F., México.

En el Acta de Salud Mental (Sección 4), contiene las tres principales categorías psiquiátricas en esta materia:

- T*rastorno mental*, como enfermedad mental, desarrollo mental detenido o incompleto, trastorno psicopático y cualquier otro trastorno o incapacidad mental.
- *Enfermedad mental,* denota un trastorno que no siempre ha existido en el paciente pero que se ha desarrollado como una condición que excede la personalidad usual del mismo.
- *Trastorno psicopático*, o incapacidad de la mente persistente (incluyendo o no la anormalidad de la inteligencia) que da como resultado una conducta anormalmente agresiva o gravemente irresponsable por parte del paciente y que requiere o es susceptible de tratamiento médico.

Las personalidades psicopáticas

Las personalidades que se apartan de la *"norma"*, por un distanciamiento muy grande, que son percibidas como *"raras"*, o anormales, son las que se consideran *personalidades psicopáticas.*

Los autores que han estudiado la psicopatía no han podido realizar una clasificación concreta de las personalidades psicopáticas, nosotros nos vamos a ceñir a la clásica repartición de estos *caracteres o personalidades extremas* que llevó a efectos el maestro suizo Émile Kraepelin, en la que los expone por grupos, de acuerdo a su naturaleza.

Primer grupo:

1. *Los irritables:* Son los psicópatas llamados *irascibles*, por sus característicos accesos de ira, que es una reacción agresiva, *«desproporcionada con relación al motivo que le ha dado origen».* El rasgo más característico es justamente éste, irrumpir en una cólera

agresiva, peligrosa y ciega, después de un deseo frustrado, por cualquier contrariedad o regaño.

La tentativa de suicidio es muy común en los irascibles, y puede ocurrir por el mismo motivo de insignificancia social que lo altera: un amor contrariado, la falta de empleo, lo cual puede producirse en estado de embriaguez, o frente a personas que le hacen desarrollar el estado de furor. Suelen abandonar a sus parejas, el empleo, desobedecen con frecuencia, alteran el orden público.

Los irascibles golpean, amenazan con matar, se resisten a la autoridad, son rebeldes, celosos con ímpetu agresivos, llegando hasta generar crímenes pasionales, sin otro motivo que la excitabilidad propia de un drama.

El diagnóstico psiquiátrico en estos casos se facilita, después de los ejemplos que hemos ilustrados, diciendo que se trata de sujetos que carecen de autocontrol, con reacciones coléricas desmesuradas, de fácil apaciguamiento. Su capacidad intelectual es normal y satisfactoria; fuera de los momentos de furor se muestran amables, sensitivos, accesibles. Su personalidad es infantil, debido a su incapacidad de manejar su ira.

2. *Inconsistentes o inconstantes:* Los *inestables* tienen una inteligencia bien desarrollada, diríase que deslumbran en ellos la rapidez de su percepción, la facilidad con que aprenden, con que repiten o con que se expresan. Son observadores agudos, de gran ingenio y saben *«sacar provecho del corazón humano».* La psicopatía, entonces, consiste en que no tienen constancia y nunca llegan al término de lo que hacen; es por eso que sus poderes intelectuales resultan deficientes y son compensados con intereses de ostentación.

Su punto más débil está en la voluntad. Resultan incapaces para el trabajo serio, y lo hacen mal y abandonan cuando pueden: no son perseverantes, y su vida conlleva una trayectoria irregular. No hacen fortuna por medio lícito, abandonan el trabajo con rapidez, tienen tendencia a incurrir en vicios que fomentan la ociosidad; en el orden sexual no satisfacen sus apetitos sino con lujurias. Los

delitos más comunes de los inestables originan de su obvia inmadurez psíquica que engendra la inestabilidad. Entre los hechos punibles más comunes están el robo, el hurto, la defraudación y la estafa, hechos en los cuales si aparece la violencia es debida más a la necesidad que a los rasgos personales.

El suicidio, en estos tipos humanos, es más frecuente en las mujeres que en los hombres, cuando se sabe que el hombre es en mayor proporción proclive que la mujer a quitarse la vida. Lo que sucede es que la vida de una persona inestable puede ser muy depravada y azarosa, de prostitución clandestina, de lujuria, y luego convertida en una excesiva susceptibilidad, aflicción y dolor de vivir.

Segundo grupo:

1. *Los instintivos:* Los instintivos o *impulsivos* son incapaces de actuar conforme a la reflexión favorable o desfavorable de un hecho. La característica principal es la voluntad impulsiva, por encima toda consideración razonable. Desde el punto de vista intelectual parecen seres normales, pero más bien son tipos vanidosos, altaneros, pocos sociables y con una alto concepto de sí mismo. No son amigos de la verdad, y tienen ánimo muy variables, con decaimiento, fastidio inmotivado.

De acuerdo a Kraepelin, existen en esta clasificación tres sub-tipos:[93]

a) *Pródigos:* Aquellos individuos que viven en grande y sin proporción con sus recursos, dan grandes fiestas, derrochan en regalos y propinas, compran al por mayor, escogiendo lo más costoso. Desordenados en sus gastos, incurren en grandes deudas, buscan malas compañías y frecuentan a usureros con frecuencia.

_____

93. Émile Kraepelin (1856-1926). Psiquiatra alemán, considerado el padre de la Psiquiatría moderna. Lo que anotamos aquí corresponde a lo que él ha establecido en su obra *Compendio de Psiquiatría*.

b) *Vagabundos:* Aquellos que desde temprana edad viven con el ideal de fuga de la casa, o de acuerdo a la «emancipación prematura». Aventureros, no tienen domicilio fijo, se dedican al vagabundaje y nunca rechazan un trabajo que le ofrezca facilidades para ver el mundo.

c) *Dipsómanos:* Aquellos individuos bebedores por impulso, a veces en forma irresistible. Alternan el vicio del alcohol con el juego, el fumar de manera empedernida, la homosexualidad, entre otros.

Los delitos más comunes de este grupo están afectados por la impulsividad. Así, los pródigos se hacen reos de robo, estafa, hurtos, quiebras fraudulentas, y de delitos contra la propiedad, en general; los vagabundos, quebrantan las leyes y reglamentos de policía, abandono de deberes conyugales, de empleo, y *«otros delitos que resultan de una inquietud errante»*; los dipsómanos, bajo la influencia del alcohol, cometen asesinatos, robo, fraude, alteración de la paz pública, abandono del hogar, imprudencia temeraria, *«entre los actos que reflejan la amoralidad consecutiva al abuso de las bebidas alcohólicas».*

2. *Los embrollados:* Comprenden a un grupo de individuos caracterizados por *«la falta de unidad y de continuidad en la vida psíquica»* en los que se les ve como *"raros", "excéntricos", "incongruentes" y "contradictorios"*. Se trata de personas en las que las contradicciones y el olvido oscilan con frecuencia en el rendimiento cotidiano. Tienen tendencia a ponderar demasiado las cosas, y se obstinan y se aficionan por ideas extremas o inusitadas. Tienen rasgos de paranoides, en la enfermedad, al creer que los demás no le prestan la debida atención exagerar.

Falta en ellos el sentimiento de la realidad y el poder de dar a los hechos su verdadero valor. Se conducen de un modo raro, vagando de noche, encerrándose durante semanas, sujetándose a regímenes alimenticios difíciles, dormir bajo ciertos requisitos; en las relaciones sexuales son incongruentes y atormenta a sus cónyuges, negándole o amenazándola de muerte, sin medir las consecuencias.

No le resulta fácil respetar el derecho ajeno y la armonía se impone por la obediencia y la fuerza.

Tercer grupo:

1. *Los mentirosos y embusteros:* Esta variedad de psicopatía es característica de una morbosa exageración de las facultades imaginativas, y de la inseguridad, así como una desorientación de la voluntad. En la primera impresión son reconocidos como sujetos muy vivaces, locuaces, decidores, listos, de gran memoria; *«saben de todo y en todo se mezclan».*

Exhibidores de una ilustración barata, son grandes conversadores en la que buscan pasar por cultos e ilustrados, pero esta ilustración se va convirtiendo en fragmentaria y superficial. No obstante, los embusteros tienen la capacidad de adaptarse a nuevas situaciones. No hay nada que lo detenga para inventar historias. Tienen facilidad para los idiomas extranjeros, son dados a devorar obras literarias, que "expenden" a la menor oportunidad.

Desde temprana edad fingen situaciones, inventan historias, exhiben documentos falsos para corroborar sus relatos, se atribuyen posición social que no es la suya y dicen ser amigos de figuras populares.

La delincuencia cometida por los embusteros es hasta cierto punto creada por la irresistible necesidad de mentir. Es común en ellos la auto-acusación, pero en la delincuencia efectiva el robo de objetos de lujos sin tener que pagarlo se encuentra entre los primeros; hurto de dinero para lucirse como persona pudiente, o para ejercer el charlatanismo. Ya de adulto se endilga la capacidad de funcionario público, abusa de la confianza de amigos, hace promesa de casarse a muchachas inocentes que le resulten beneficiosas, por la dote o por el nombre social. Urgido por la necesidad de continuar sus *comedias* se ven envueltos en delitos de estafas, robos, etc..

2. *Los antisociales:* Todos los psicópatas son antisociales, creo que en ese punto estamos claros. A simple vista corresponden a esta categoría los individuos que tienen aversión al trabajo de manera regular, que no son dedicado a nada, que cambian de oficio con frecuencia, que se ausentan de sus ocupaciones, sin motivo aparente.

Los antisociales dañan la carrera vital de otros, de forma deliberada. Propenden a la mentira, a la amenaza, a atacar con armas en la mano, son fanfarrones, indiferentes, sin sentimientos de honor o de vergüenza, sin conciencia de su responsabilidad.

La vanidad marca la prevalencia de la poca afectividad con que viven. Por su índole perversa siempre están en conflictos con los demás. Desde temprano abandonan sus hogares, fracasan en la escuela y tienen tendencia a armarse con armas ilegales; reaccionan a sus propios delitos de diversos modos: en forma de reconcentrados, inaccesibles al remordimiento o a la compasión, contumaces en la negativa y la incorregibilidad. Se creen víctimas del sistema social, y sufren por su incapacidad de contacto sentimental con la comunidad.

El tema perenne de los antisociales es que su conducta se matiza por su falta de remordimiento, vergüenza y la incapacidad de la regeneración. La ruta final de su vida pública es la cárcel y la muerte, en riñas y actos delincuenciales.

3. *Los pleitistas:* Son psicópatas del tipo delirante, muy parecido a la manía de los paranoicos, teniendo afición por los pleitos. Entre sus rasgos más característicos está la falta de objetividad, la incongruencia y la influencia de sentimientos malévolos. Los conceptos, recuerdos y los razonamientos se extravían con frecuencia y contienen una excesiva excitabilidad emocional. Se apasionan y tiene una alta idea de sí mismos, *«que los hace sentirse superiores al medio y ser sordos a las razones de los demás».*

La tendencia pleitista invade muchas de sus funciones psicológicas, como la memoria, el juicio, y pierden la objetividad.

Crímenes de brujería

Los crímenes y delitos de la brujería son los cometidos a causa de la superstición fanática y de la hechicería. No es que la opinión vertida está en contra de la libertad de cultos, entendida en toda democracia, ni discriminar a ciertos grupos raciales por sus creencias o su espiritualidad, más bien lo que pretendemos es enfocarnos en el hecho de ciertos ilícitos e inconductas "desvaloradas" por el derecho penal, como consecuencia de ciertas prácticas y excesos encaminadas a perjudicar a otras, cometer homicidios, realizar hechizos como remedios, los cuales pueden son entendidos como actos punibles, en contra de la moralidad y la sociedad.

Dice el doctor Enrique Henríquez (Cuba), en una de las pocas publicaciones que se conocen en esta materia, que los crímenes de la brujería, es un fenómeno propio de la sugestión criminal en los ignorantes fanáticos. *«Es importante señalar también, desde ahora, que muchas veces la sugestión criminal prende en el ignorante fanático bajo forma de sugestión simple, aunque pueda resultar compulsiva; pero que en otras encuentra un terreno abonado especialmente por la coexistencia de verdaderas predisposiciones pscopáticas y, a veces, de frenopatías larvadas o latentes».*[94]

La brujería "legítima" (o hechicería menor) es aquella que practicaron nuestros antepasados indígenas, es decir, los indios de nuestra América, los cuales se descartan como crímenes, ya que para ellos no habría crónica policíaca. Eso perteneció a la cultura precolombina, no a la criminalidad de hoy. Estas prácticas delictivas no fueron recogidas por el actual proyecto de Código penal, que no está muy lejos de ser aprobado. Es nuestro deber, por tanto, aportar

94. Henríquez, Enrique C.: *Crímenes de la brujería. La sugestión criminal en los ignorantes fanáticos.* Depalma editorial, Buenos Aires, 1970. Pág. 8-9.

sobre este género de criminalidad en la vista pública que sobre las cuestiones legislativas siempre se producen. Los códigos penales de Latinoamérica no han tomado en cuenta el problema que suele derivar de los delitos cometidos a causa de la brujería. A veces ocurre que los familiares de la víctima identifican al hechicero, a quien luego quieren asesinar.

Este tema es, por lo tanto, de interés para los juristas y policías, psicólogos y psiquiatras forenses, y está rigurosamente entroncado en las ciencias medicolegales, pero sobre todo en la criminología, desde donde ha surgido el análisis científico para la comprensión y manejo de las llamadas sectas religiosas, conformadas (en la actualidad) por bandas juveniles, cuyos miembros están marcados por la frustración de la sociedad actual, que anhelan raras transformaciones, pero que buscan lograrlo con drogas, a las cuales le agregan funciones de sugestión fanática que van más allá del ego ancestral.

De acuerdo a la antropología, la brujería legítima, es la que tiene que ver con los verdaderos brujos indígenas, que en el caso de América, fueron sustituidos por los negros traídos de África. Detrás de ese sólo pensamiento existe una enorme historia y una extraordinaria documentación científica, del ámbito literario, psicológico, criminológico, pero sobre todo a través de la obra de los antropólogos, entre los que merecen citarse nombres como Fernando Ortiz, Israel Castellanos, Nino Rodríguez, Jiménez de Asúa, Carlos Esteban Deive, entre otros. Si damos nacionalidad a éstos del ámbito geográfico de los estudios realizados por estos maestros, el círculo en la brujería en la región latinoamericana va desde New Orlean, Cuba, Haití, República Dominicana, Jamaica, algunas Antillas Menores hasta Brasil. De acuerdo a ellos, en todos estos lugares, la práctica de la brujería fue traída por los esclavos africanos. Aunque sabemos que hecho ha existido en muchos países que aún no hemos hecho mención.

Así surge la posibilidad de definir a los delincuentes supersticiosos como personas ignorantes fanáticos, y desde el punto

de vista psiquiátrico, como sujetos trastornados con capacidad y voluntad de sugestionar a otros y de ser responsables penalmente.

Responsabilidad penal

El tema de responsabilidad criminal se enloza en la técnica tradicional con el de la capacidad legal o imputabilidad como conjunto de atributos personales referidos al organismo humano, su desarrollo y funcionamiento, tanto en su estructura corporal como en el carácter en cuanto ambos aspectos del ser contribuyen a la formación de la conciencia.

El delincuente tiene que ser un hombre y además poseer la capacidad legal necesaria como sujeto de derecho. Si carece de capacidad, será inimputable y consecuentemente no será responsable de sus actos.

Dentro de la técnica jurídica clásica el contenido de la imputabilidad está determinado por la "libertad moral" para escoger entre el bien y el mal.

La salud mental es un requisito de la imputabilidad por lo que la enfermedad mental es una eximente de responsabilidad penal, considerándolo eximente por causa de imputabilidad. La modificación consiste en que por una parte amplía su contenido y por otro exige en todas sus formas la concurrencia de requisitos no mencionados en el Código derogado y que facilita la apreciación del Tribunal de la existencia o no de la eximente en el agente comisor.

- Amplia su contenido porque la eximente de enfermedad mental puede adoptar cualquiera de estas tres formas la enajenación mental, el trastorno mental transitorio y el desarrollo mental retardado.

- El Código exige que la integración de una de las tres formas produzca el efecto de prever al agente de la facultad de comprender el alcance de su acción o de dirigir su conducta con cuya fórmula adopta el llamado sistema biopsicológico o mixto en el que se

necesita la concurrencia de los dos factores, uno de carácter psiquiátrico (la enajenación mental el trastorno mental transitorio o el desarrollo mental retardado) y además otro de carácter psicológico: que cualquiera de esas causas haya ocasionado en el agente alguno de los efectos psicológicos anteriormente señalados.

- La más importante de las formas del elemento psiquiátrico de la eximente de la enfermedad mental es la enajenación mental bajo cuya denominación se comprenden todas las formas nosológicas de las perturbaciones mentales (psicosis, esquizofrenias, epilepsia, histeria, etc.) Se caracteriza por su permanencia, lo que le va a distinguir del trastorno mental transitorio.

- El desarrollo mental retardado comprende las oligofrenias o el desarrollo mental incompleto (idiotez, cretinismo, la imbecilidad y todas las formas de atraso mental). Lo que importa es a los efectos de la apreciación de la eximen, que el autor del delito sea un individuo de desarrollo mental retardado conforme al dictamen pericial del especialista, a reserva de que concurra el otro requisito.

- El trastorno mental transitorio: El CP admite que se tomen como tales las cosas en que se haya producido por la ingestión de bebidas alcohólicas o sustancias psicotrópicas, siempre que el agente no se haya colocado voluntariamente en ese estado. Lo que ha permitido eliminar la embriaguez alcohólica y la narcótica, no voluntarias, que ocasionan un trastorno mental, como causas eximentes acetonotas y lo segundo porque también el trastorno va a necesitar la concurrencia del requisito psicológico. Elimina las dudas acerca de la necesidad de un estado patológico anterior o posterior al hecho criminoso.

- El efecto exculpaste se funda en la incapacidad del sujeto para dirigir y controlar sus actos con voluntad.

- Puede existir la enajenación y no concurrir la eximente si ese estado patológico no le produjo el efecto antes señalado.

Grados de la responsabilidad penal:

El concepto psicobiológico de la imputabilidad o "capacidad penal" como lo llama Laignel Lavastine nos permite entrar en otros conceptos aún más trascendentales. Los grados de la responsabilidad del enfermo mental.

No hay una separación absoluta o neta sobre la locura y la normalidad, los responsables y los irresponsables, sino que existe una gradación insensible.

El proyecto de ley penal tiene la obligación de darle cabida al concepto de responsabilidad atenuada.

El Código penal español nuevo que sustituyó al de los 70, es útil al incluir en uno de sus artículos una mención expresa de la responsabilidad atenuada. Artículo 65: "Atenuantes por condiciones del infractor":

1º.- El estado mental que sin determinar la completa irresponsabilidad, conforme al artículo 55, acuse disminución de conciencia para comprende la injusticia de los actos o de la voluntad para obrar de acuerdo con ella;

2º-. La enfermedad, en estados morbosos excepcionales y generales, sin privar por completo la conciencia del agente, disminuyendo en él el imperio de la voluntad.

La responsabilidad atenuada, o semi-responsabilidad penal, no significa en ningún caso una disminución de las medidas represivas, sino simplemente una modificación de la que conviene adoptar en el caso concreto.

Iter criminis

Es el camino que recorre el delito desde su nacimiento hasta su finalización. Se le llama "vida del delito". Este camino que recorre el delito comprende dos fases:

Fase interna:

a) ideación: representa la idea criminal, el fuero interno del agente;

b) deliberación: representa la lucha ética, intelectual e utilitaria en la esfera del pensamiento; y,

c) resolución: se sopesan los pro y los contra, y el sujeto decide cometer el delito.

Fase externa:

d) manifestación: es el acto por el cual el agente exterioriza o manifiesta su voluntad de cometer el delito;

e) preparación: representa el acto o las actividades, como adquisiciones de instrumentos para la preparación del delito; y

f) ejecución: es la consumación de la comisión del delito.

Delito imposible

El delito imposible es aquel que es irrealizable, por dos razones: la falta de idoneidad de medios y la falta de objeto. En el primer caso, realizar un aborto a una mujer que no está embarazada; en el segundo caso, dar muerte a alguien que ya está muerto. En ambos la persecución no sería posible debido a la imposibilidad del hecho.

Autoría

La autoría del delito se clasifica en material, intelectual y mediata.

a) *material:* Los que realizan el hecho criminal por sí mismos.
b) *intelectual:* Aquellos que planean y ordenan la ejecución de un delito.
c) *autores mediatos:* Son los autores indirectos, valiéndose del dolo, la presión o coacción física o mental, o de enajenados mentales o menores, y hasta de animales.

Los partícipes

a) cómplices: es el que auxilia al autor de manera secundaria para la realización del delito;

b) encubridores: se trata de un tercero en un delito ya cometido, que lo hace para aprovecharse de los efectos de la infracción o, bien para auxiliar al delincuente en el goce de los frutos del hecho punible, o para que éste eluda la justicia.

IV. Concepto medicolegal del daño psíquico

El concepto de *daño psíquico* en la medicina legal es a la vez una categoría psicopatológica y una noción jurídica, que implica un diagnóstico pericial por los profesionales de la higiene mental, y una evaluación jurídica de los juzgadores del caso.

La expresión *daño*, que encontramos en el Código Civil en el artículo 1382 y siguientes es, en realidad, inequívoca, y de manera indistinta se refiere tanto al daño físico como psíquico, siempre que se pueda demostrar la conexión entre la causa y el efecto. En

ese sentido, el daño comprende no sólo el perjuicio efectivamente sufrido por una persona, sino la ganancia de que fue privado el damnificado por el acto ilícito. El daño, en tal sentido, puede ser presente o futuro. El perito forense no tendrá grandes dificultades al momento de abordar el tema, debido a que los eventos dañosos ocurridos gozan de una amplia tradición de estudio en la medicina legal.

Existe, además, el daño moral, que no conforma patología alguna ni conforma, dentro de un *orden patológico,* sino que es descrita en término de *«lesión sentimental»*, o *«afección del sentimiento»*, el cual no requiere intervención o peritación forense alguna, quedando a criterio del magistrado su valoración y consecuente indemnización.

Las características esenciales de todo daño psíquico o trastorno psicológico, que por entero es distinto al daño o agravio moral, quedan constituidas en las siguientes:

a) La existencia de la conformación de un orden patológico;

b) La existencia de un tercero responsable;

b) La existencia de un nexo causal entre el hecho generador y el daño producido.

En cambio, todo daño considerado psicológico entra en el ámbito de la peritación forense, debiéndose comprobar siempre *«el nexo causal entre el hecho generador y la patología sobreviniente, o la distinción entre la personalidad base del sujeto y la respuesta adaptativa desencadenada a consecuencia del evento traumático acaecido»*.[95]

95. Mariana Travacio. *Manual de Psicología forense.* Materiales de cátedra. Texto publicado por la Universidad de Buenos Aires, Segunda edición, 1997, pág. 220.

La oportuna definición de daño psíquico de Castex en la que señala que *«puede hablarse de* daño psíquico *en un determinado sujeto, cuando éste presenta un deterioro, disfunción, disturbio, trastorno o desarrollo psicogénico o psicorgánico que, afectando sus esferas afectiva o intelectiva y/o volitiva, limita su capacidad de goce individual, familiar, laboral, social y/o recreativa»*.[96]

Para que pueda ser comprensible este razonamiento empleado frecuentemente en el conocimiento jurídico, es necesario considerar el daño psíquico constituido en los siguientes rasgos:

a) alteración emocional

b) disminución de las aptitudes psíquicas

c) perturbación profunda del equilibrio emocional que provoque una descompensación de su integración con su medio.

DSM-IV y el diagnóstico psiquiátrico

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (se conoce como el DSM, y que aumenta un número cada cierto tiempo), tiene la finalidad de establecer los criterios diagnósticos para algunas de las patologías post-traumática y adaptativa que deben tenerse en cuenta al momento de realizar una evaluación psiquiátrica.

Medidas de seguridad

Las medidas de seguridad son las disposiciones que pueden adoptar el juez o tribunal que conoce la comisión de una infracción, en la cual no se haya podido caracterizar la imputabilidad de su autor, que tienden a lograr su rehabilitación, reeducación y posterior reinserción social, a fin de evitar la comisión de futuras infracciones.

---

96. M. Castex y cols. *El daño psíquico en la medicina y psicología forenses*. Anuales de la Academia Nacional de Buenos Aires. T. XXIV, Buenos Aires, 1991. Pág. 532.

Al disponer la adopción de futuras medidas de seguridad, el juez o tribunal tomará en cuenta las siguientes normas:

1.- Sólo serán impuestas por sentencias de un juez o tribunal apoderado del conocimiento de fondo de la infracción imputable;

2.- Se requieren exámenes o informes psiquiátricos o psicológicos, previamente autorizados u ordenados por el juez o tribunal;

3.- Deben ser revisadas periódicamente por el juez de la ejecución de las penas;

4.- Al no ser consideradas una pena, las medidas de seguridad no podrán imponerse con ninguna otra sanción;

5.- En estos casos, la persona sometida a la medida de seguridad no podrá abandonar el establecimiento o el tratamiento sin la previa autorización del juez de la ejecución de las penas;

6.- Las sentencias que ordenen estas medidas de seguridad se ejecutarán provisionalmente, no obstante cualquier recurso;

7.- El quebrantamiento de una medida de seguridad faculta al juez para imponer otra de mayor rigor.

Las medidas de seguridad se clasifican en: curativas, de internamiento y de libertad vigilada.

Son medidas curativas:

1) El ingreso a un hospital psiquiátrico o en un centro de rehabilitación, deshabituación o terapia;

2) El ingreso en un centro de tratamiento especial y educativo.

Las medidas de internamiento:

Es el ingreso a un establecimiento de trabajo técnico vocacional.

La medida de libertad vigilada:

Es la libertad vigilada, como una medida accesoria a la medida curativa o a la medida de internamiento.

El internamiento en una institución mental

En el siglo XIX los delincuentes dementes se internaban en los hospitales para locos, y por tanto al margen de las prisiones, siendo a principios del XX cuando surgen las prisiones para enajenados designándose en otros países, de incontables ejemplos.

A pesar de que en nuestro Código penal se determina el internamiento hasta que el Tribunal decida lo contrario, esta situación se ha quebrantado casi lastimeramente en violación al principio de seguridad jurídica que a veces, por falta de control en la ejecución penal, tolera la permanencia casi perpetua de estos dementes.

Según el Convenio Europeo para la Protección de los Derechos Humanos y Libertades Fundamentales de 1950 (ratificado por España en 1979) en su artículo 5.1 e) declaran los tres requisitos mínimos para el internamiento de enajenados:

a) Que se haya probado la enajenación mental por un dictamen médico.

b) Que revista un carácter o amplitud que legitime el internamiento.

c) Comprobación de que la perturbación persiste.

El tratamiento penal por parte de la medicina legal asume aquí (en el contexto de lo que estamos tratando) responsabilidades muy directas respecto a la enajenación de un individuo.

La imposición de internamiento en un centro psiquiátrico a quienes han sido declarados exentos de responsabilidad por alteración o anomalía psíquica.

Tras las Reglas Mínimas para el Tratamiento de los Reclusos (Ginebra, 1955) se generaliza la tendencia a no recluir a los enajenados en prisiones sino en establecimientos para enfermos mentales bajo la vigilancia de facultativos (regla no. 82), tendencia ratificada por las reglas del Consejo de Europa de 1987 (regla no.100).[97]

97. Reglas Mínimas para el Tratamiento de los Reclusos, adoptadas por el Primer Congreso de las Naciones Unidas sobre Prevención del Delito y Tratamiento del Delincuente, celebrado en Ginebra en 1955, ONU Doc. A/CONF/611, annex I, E.S.C. res. 663C, 24 U.N. ESCOR Supp. (No. 1) p. 11, ONU Doc. E/3048 (1957), amended E.S.C. res. 2076, 62 U.N. ESCOR Supp. (No. 1) p. 35, ONU Doc. E/5988 (1977). Para los reclusos alienados y enfermos mentales, ordena las Reglas Mínimas, lo siguiente:

82. 1) Los alienados no deberán ser recluidos en prisiones. Se tomarán disposiciones para trasladarlos lo antes posible a establecimientos para enfermos mentales. 2) Los reclusos que sufran otras enfermedades o anormalidades mentales deberán ser observados y tratados en instituciones especializadas dirigidas por médicos. 3) Durante su permanencia en la prisión, dichos reclusos estarán bajo la vigilancia especial de un médico. 4) El servicio médico o psiquiátrico de los establecimientos penitenciarios deberá asegurar el tratamiento psiquiátrico de todos los demás reclusos que necesiten dicho tratamiento.

83. Convendrá que se tomen disposiciones, de acuerdo con los organismos competentes, para que, en caso necesario, se continúe el tratamiento psiquiátrico después de la liberación y se asegure una asistencia social postpenitenciaria de carácter psiquiátrico.

* *
*

Interrumpo aquí este breviario medicolegal general que espera servir de ayuda a estudios ulteriores en esta materia básica, particularmente en la formación del saber e institucionalización de las ciencias forenses, en nuestro país.

APÉNDICE

APÉNDICE

LEGISLACIÓN NACIONAL

Ley 136, sobre Autopsia Judicial

Ley No. 136, declara obligatoria la práctica de la autopsia judicial en la instrucción preparatoria del proceso penal.

EL CONGRESO NACIONAL

En nombre de la República

NUMERO: 136

CONSIDERANDO: Que el legislador, ha establecido, en cuanto a los crímenes, que la persecución y la instrucción sean realizadas por dos funcionarios diferentes, los cuales son, en principio, el Procurador Fiscal y el Juez de Instrucción, respectivamente;

CONSIDERANDO: Que este principio de la separación de funciones sufre la excepción consagrada por el artículo 32 del Código de Procedimiento Criminal y la que resulta de la práctica del Procurador Fiscal, generalmente admitida, de efectuar una «investigación oficiosa» antes de apoderar al Juez de Instrucción o la Jurisdicción de Juicio, según se trate de crimen o delito, lo cual constituye una verdadera instrucción preliminar con el fin de determinar si procede o no poner en movimiento la acción pública;

CONSIDERANDO: Que la instrucción preparatoria en el proceso penal tiene por finalidad esencial reunir los elementos de pruebas, que se han de aportar a los jueces de la Jurisdicción para edificar su convicción:

CONSIDERANDO: Que, por otra parte, la evidente parquedad y ausencia de apropiada reglamentación sobre el Peritaje, contenidas en las disposiciones

de los artículos 42 y 43 del Código de Procedimiento Criminal, justifica una organización legal especial sobre la autopsia como medida de instrucción en la investigación jurídico penal, capaz de garantizar una mejor y más completa administración de la justicia;

CONSIDERANDO: Que la autopsia por su carácter técnico constituye una prueba pericial eficaz para coadyuvar la reconstrucción de las causales de una muerte;

CONSIDERANDO: Que en consecuencia, es procedente la obligatoriedad de esta forma particular de peritaje médico en casos específicos.

HA DADO LA SIGUIENTE LEY

Artículo 1.- Es obligatoria la práctica de la autopsia judicial en la instrucción de todo caso de muerte sobrevenida en cualquier de las circunstancias siguientes:

a) Cuando existan indicios o sospechas de que haya sido provocada por medios criminales;

b) Por alguna forma de violencia criminal;

c) Repentina o inesperadamente, disfrutando la persona de relativa o aparente buena salud;

d) Si la persona estuviera en prisión.

e) Cuando proviniere de un aborto o de un parto prematuro;

f) Si fuere por suicidio o sospecha de tal;

g) En toda otra especie, que sea procedente a juicio del Procurador Fiscal o quien haga a sus veces durante la instrucción del proceso.

Párrafo: Cuando la autopsia no pudiese ser practicada por alguna causa, el funcionario encargado de ordenarla, dictará al efecto Auto motivado dentro de las 72 horas del apoderamiento.

Artículo 2.- La autopsia ha de tener por finalidad esencial la determinación de la causa médica de la muerte, de los estados patológicos preexistentes, de la forma medicolegal del hecho y del momento en que esto se produjo.

Artículo 3.- En los casos en que se practique la autopsia, la ropa, el dinero, las joyas u otros objetos personales que se encontraren en el cadáver

serán enviados al perito médico designado, quien los tomará en custodia, y los guardará durante todo el tiempo que sea necesario para los fines de su actuación, y una vez terminada su labor serán entregados bajo inventario al Procurador Fiscal o al Juez de Instrucción correspondiente.

Artículo 4.- Para practicar la autopsia se designará simultáneamente dos o más médicos.

Párrafo: Bastará con un solo médico, cuando no existan más en el lugar o cuando haya peligro en el retardo de la práctica de la medida, en cuyo caso la designación deberá ser motivada.

Artículo 5.- Los peritos médicos serán designados exclusivamente por el Procurador Fiscal o por el Juez de Instrucción, escogidos de una Lista Oficial de facultativos elaborada por la Asociación Médica Dominicana y aprobada por el Secretario de Estado de Salud Pública y Asistencia Social.

Párrafo: Esta Lista Oficial deberá ser enviada a la Procuraduría General de la República para los fines de su distribución a los departamentos y distritos judiciales.

Artículo 6.- Para ser designado perito médico se requiere tener el título de doctor o licenciado en Ciencias Médicas, conferido por alguna universidad nacional o debidamente revalidado, haber observado buena conducta moral y profesional, y estar en libre ejercicio de sus derechos civiles y políticos.

Artículo 7.- El nombramiento de perito médico es de forzosa aceptación, salvo excusa fundada en enfermedad que lo imposibilite para ejercer la función o por grave perjuicio de sus intereses.

Párrafo I.- El perito médico que se niegue a desempeñar la función que se le encomienda o no cumpla con los deberes que ésta le impone, sin comprobar alguna de las causales de excusas preestablecidas, estará sujeto a la aplicación del artículo 8 de la Ley No. 111, sobre Exequátur de Profesionales, del 3 de noviembre del año 1942, sin perjuicio de otras acciones que puedan ejercerse en su contra.

Párrafo II.- No es admisible la tacha o reacusación del perito médico.

Artículo 8.- La autopsia se practicará en uno de los establecimientos hospitalarios públicos adecuados, de los que figuren en una Lista preparada por el Secretario de Estado de Salud Pública y Asistencia Social.

Párrafo: La autopsia podrá ser realizada en cualesquiera otros lugares, por decisión debidamente motivada del perito médico y notificada al funcionario

judicial que lo haya designado.

Artículo 9.- No podrá hacerse la autopsia sin la previa certificación de la muerte por el Médico Legista, luego de este funcionario emplear los procedimientos habituales para asegurar su realidad.

Artículo 10.- El Perito Médico antes de entrar en funciones, prestará ante cualquier funcionario del orden judicial, juramento de proceder al examen y dar su informe según su honor y conciencia.

Párrafo I.- La prestación del juramento se hará constar en una Acta levantada por el funcionario judicial ante quien se prestare el mismo, firmada por éste, por su secretario y su perito.

Párrafo II.- En caso de impedimento, debidamente motivado, el juramento será recibido por escrito.

Artículo 11.- El Procurador Fiscal, el Juez de Instrucción y demás miembros de la Policía Judicial, están en la obligación de obtemperar a toda solicitud de ayuda o asistencia que le hiciere el perito médico.

Artículo 12.-Terminada la autopsia, dentro del plazo que se haya fijado, el perito médico rendirá un informe por escrito fechado y firmado contentivo de su nombre, sus títulos, la reproducción del mandato judicial en virtud del cual actúa, la mención del cadáver examinado, el enunciado de los puntos sometidos a su consideración, la descripción de las operaciones técnicas efectuadas, los argumentos de su interpretación científica y finalmente las conclusiones concretas expresadas en términos breves, explícitos y sin ambigüedad.

Artículo 13.- El informe será depositado en la Secretaría del Procurador Fiscal o del Juez de Instrucción del caso, en sobre cerrado y lacrado, levantándose el Acta correspondiente.

Artículo 14.- Cuando actúen dos o más peritos médicos, estos rendirán un informe conjunta o separadamente.

Artículo 15.- Está obligado el Perito Médico a guardar el secreto profesional sobre los hechos y datos que sólo pudo conocer en ocasión de la función pericial realizada, hasta concluirse totalmente el procedimiento en la jurisdicción de Instrucción.

Artículo 16.- El informe del perito médico no constituye por sí mismo plena prueba, pudiendo ser acogido o rechazado total o parcialmente por la jurisdicción de Instrucción o de Juicio.

Artículo 17.- Puede ordenarse la exhumación del cadáver para la realización de la autopsia.

Artículo 18.- Los gastos incurridos por el perito médico en su cometido, justificados debidamente, le serán reembolsados, y se le pagarán los honorarios por sus servicios profesionales, teniéndose en cuenta la importancia del trabajo realizado, sus dificultades y las especiales circunstancias en que debió elaborarse el informe.

Párrafo: El Estado de gastos y honorarios será sometido al funcionario judicial que haya ordenado la autopsia, para los fines consiguientes.

Artículo 19.- La presente ley deroga toda otra disposición que le sea contraria.

Dada en la Sala de Sesiones del Senado, Palacio del Congreso Nacional, en Santo Domingo de Guzmán, Distrito Nacional, Capital de la República Dominicano, a los diez días del mes de enero del año mil novecientos ochenta (1980); años 136° de la Independencia y 117° de la Restauración.

Dada en la Sala de Sesiones de la Cámara de Diputados, Palacio del Congreso Nacional, en Santo Domingo de Guzmán, Distrito Nacional, Capital de la República Dominicana, a los ocho (8) días del mes de mayo del mes de enero del año mil novecientos ochenta (1980); años 137° de la Independencia y 117° de la Restauración.

ANTONIO GUZMÁN

Presidente de la República Dominicana

En ejercicio de las atribuciones que me confiere el artículo 55 de la Constitución de la República;

PROMULGO la presente Ley y mando que sea publicada en la Gaceta Oficial, para su conocimiento y cumplimiento.

DADA en Santo Domingo de Guzmán, Distrito Nacional, Capital de la República Dominicana, a los veintitrés (23) días del mes de mayo del año 1980, años 137° de la Independencia y 117° de la Restauración

Decreto Nº 58-89 que crea El Instituto de Patología Forense

JOAQUIN BALAGUER
Presidente de la República Dominicana

Número, 58-89

VISTA la Ley Nº 136, de fecha de 23 mayo de 1980,

En ejercicio de las atribuciones que me confiere el Artículo 55 de la Constitución de la República,

D E C R E T O:

Artículo 1.- Se crea el Instituto de Patología Forense como una dependencia de la Procuraduría General de la República, que tendrá a su cargo la realización de la Autopsia Judicial conforme se establece en la Ley Nº 136 de fecha 23 de mayo de 1980.

Artículo 2.- La designación del personal técnico y administrativo al servicio del Instituto de Patología Forense, será efectuada por conducto de la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social.

Artículo 3.- La Procuraduría General de la República y la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social elaborarán los proyectos de reglamentos, tanto de la Ley Nº 136 de fecha 23 de mayo de 1980, como del funcionamiento interno del Instituto de Patología Forense, los cuales serán sometidos al Poder Ejecutivo para su aprobación.

Dado en Santo Domingo de Guzmán, Distrito Nacional, Capital de la República Dominicana, a los diez y siete (17) días del mes de febrero del año de mil novecientos ochenta y nueve, año 145º de la Independencia y 126º de la Restauración.

Decreto Nº 26-99 que crea el Instituto Nacional de Patología Forense

LEONEL FERNÁNDEZ
Presidente de la República Dominicana

CONSIDERANDO: Que la Ley 136 de fecha 23 de mayo de 1980, declara como obligatoria la práctica de la autopsia judicial en la instrucción preparatoria del proceso penal.

CONSIDERANDO: Que el Artículo 1 del Decreto No. 58-89, que crea el Instituto de Patología Forense como una dependencia de la Procuraduría General de la República señala que el mismo tendrá a su cargo la realización de la Autopsia Judicial conforme se establece en la Ley No. 136 de fecha 23 de mayo de 1980.

CONSIDERANDO: Que en el Artículo 2 del mismo decreto, se establece que "La designación del personal técnico y administrativo al servicio del Instituto de Patología Forense, será efectuada por conducto de la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social".

CONSIDERANDO: Que el artículo 3 del mencionado decreto establece que: "La Procuraduría General de la República y la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social elaborarán los proyectos de Reglamentos, tanto de la Ley No. 136 de fecha 23 de mayo de 1980, como del funcionamiento interno del Instituto de Patología Forense, los cuales serán sometidos al Poder Ejecutivo para su aprobación".

CONSIDERANDO: Que es de interés nacional fortalecer el marco institucional y enseñar la base social de credibilidad pública de Instituto Nacional de Patología Forense.

CONSIDERANDO: Que con un diáfano y eficiente funcionamiento el Instituto Nacional de Patología Forense contribuye al desarrollo y a la modernización del Poder Judicial y la Salud Pública a través del servicio, la docencia y la investigación médico-legal.

CONSIDERANDO: Que con el fortalecimiento de las investigaciones

médico-legales se contribuye a frenar y a reducir la delincuencia homicida mediante el esclarecimiento de muertes violentas o inesperadas.

CONSIDERANDO: Que el país requiere de la capacitación de los recursos humanos indispensables para ofertar servicios médicos-legales con equidad y eficiencia en todo el Territorio Nacional.

En ejercicio de las atribuciones que me confiere el Artículo 55 de la Constitución de la República, dicto el siguiente

D E C R E T O:

Artículo 1.- El Instituto de Patología Forense, creado mediante Decreto No. 58-89, del 17 de febrero de 1989, se denominará en lo adelante INSTITUTO NACIONAL DE PATOLOGIA FORENSE.

Artículo 2.- Se crea la COMISION NACIONAL MÉDICO-FORENSE, que estará encargada de la supervisión, evaluación, monitoreo de los trabajos, y la elaboración de las propuestas de políticas de desarrollo, compuesta por un representante de cada una de las siguientes instituciones: Procuraduría General de la República, Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social, Asociación Médica Dominicana, Universidad Autónoma de Santo Domingo, Colegio de Abogados de la República Dominicana, Comisión de los Derechos Humanos, y Comisionado de Apoyo a la Reforma y Modernización de la Justicia.

Artículo 3.- El personal médico del Instituto Nacional de Patología Forense será nombrado por concurso público a través de la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social.

Artículo 4.- El Director del Instituto Nacional de Patología Forense deberá ser Patólogo Forense y miembro activo del personal médico de dicho establecimiento. El Director será escogido de una terna sometido por la COMISIÓN NACIONAL MÉDICO-FORENSE al Poder Ejecutivo vía la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social.

Artículo 5.- La COMISION NACIONAL MÉDICO-FORENSE, se reunirá mensualmente y cuantas veces las circunstancias lo demanden con la Dirección del Instituto Nacional de Patología Forense para evaluar la calidad de los trabajos realizados durante el mes.

Artículo 6.- El Centro de Atención a la Mujer Maltratada pasa formalmente a ser una dependencia legal del Instituto Nacional de Patología Forense.

Artículo 7.- El Programa de Residencia Médica de Patología Forense del Instituto Nacional de Patología Forense se regirá por el reglamento de Residencias de la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social.

Dado en Santo Domingo de Guzmán, Distrito Nacional, Capital de la República Dominicana, a los veintinueve (29) días del mes de enero del año mil novecientos noventa y nueve, años 155 de la Independencia y 136 de la Restauración.

Ley No. 214 sobre Cementerios

EL CONGRESO NACIONAL
En Nombre de la República
NUM. 214.

Art. 1.- El establecimiento y la explotación de los cementerios estarán a cargo de los Ayuntamientos, de modo exclusivo, salvo los derechos adquiridos en esta materia, hasta la fecha de la presente ley.

Art. 2.- Los terrenos de los cementerios establecidos por los Ayuntamientos constituyen dependencias del dominio público, y, en consecuencia, serán enajenables e imprescriptibles, y sólo podrán ser objeto de concesiones a título temporal o a perpetuidad para fines de enterramientos de cadáveres o restos humanos o para la construcción de cenotafios, en las condiciones que establezcan los Ayuntamientos.

Art. 3.- Las tumbas, los mausoleos u otros monumentos funerarios que se edifiquen en los cementerios sólo podrán tener inscripciones de carácter funerario, y en consecuencia, sin palabras o expresiones contrarias al orden público o a las buenas costumbres. En caso de tenerlas, deberán ser retiradas por orden o acción de la autoridad municipal correspondiente. En inscripciones deberán escritas en lengua española, aunque al lado de ellas podrá haber inscripciones equivalentes en otras lenguas. Se exceptúan los nombres de personas y aquellas frases latinas ya consagradas por el culto de los muertos.

Art. 4.- Las condiciones de las concesiones en los cementerios serán iguales para todos, sin diferencias de motivo de raza, religión, nacionalidad u otra circunstancia cualquiera.

Art. 5.- Aun cuando en las ordenanzas o reglamentos municipales, o en contratos o formularios relativos a los cementerios se use la palabra venta, se entenderá siempre que se trata de concesiones.

Art. 6.- Los Ayuntamientos podrán establecer y explotar servicios de pompas fúnebres. También podrán establecerlos y explotarlos personas

particulares, siempre que se sometan a las reglamentaciones municipales sobre la materia.

Art. 7.- Los cementerios particulares existentes hasta ahora y los servicios particulares de pompas fúnebres, estarán sujetos a las reglamentaciones que establezcan los ayuntamientos de las Comunes correspondientes.

Art. 8.- Todo lo que se dispone en esta Ley en relación con los Ayuntamientos se aplicará al Consejo Administrativo del Distrito de Santo Domingo.

DADA en la Sala de Sesiones del Palacio del Senado, en Ciudad Trujillo, Distrito de Santo Domingo, Capital de la República Dominicana, a los veinticuatro días del mes de febrero del año mil novecientos cuarenta y tres; años 99º de la Independencia, 80º de la Restauración y 13º de la Era de Trujillo.

El Presidente,
M. de J. Troncoso de la Concha,

Los secretarios:
M. García Mella, Arturo Logroño.

DADA en la Sala de Sesiones de la Cámara de Diputados, en Ciudad Trujillo, Distrito de Santo Domingo, Capital de la República Dominicana, a los veinticuatro días del mes de febrero del año mil novecientos cuarenta y tres; años 99º de la Independencia, 80º de la Restauración y 13º de la Era de Trujillo.

El Presidente,
Porfirio Herrera,

Los secretarios:
Miladys Félix de L´Official, G. Despradel Batista.

RAFAEL LEONIDAS TRUJILLO MOLINA
Presidente de la República Dominicana

En el ejercicio de la atribución que me confiere el inciso 3º del Artículo 49 de la Constitución de la República,

PROMULGO la presente ley, y mando que sea publicada en la Gaceta Oficial para su conocimiento y cumplimiento.

DADA en Ciudad Trujillo, Distrito de Santo Domingo, Distrito de Santo Domingo, Capital de la República Dominicana, a los 4 días del mes de marzo del año mil novecientos cuarenta y tres; años 100º de la Independencia, 80º de la Restauración y 13º de la Era de Trujillo.

* *
*

Reglamento No. 3529, sobre Policía Mortuoria

Art. 1.- Toda ciudad y la parte más poblada de cada sección tendrá uno o más cementerios.

Art. 2.- No se podrá construir o establecer ningún cementerio, ni podrá usarse ningún sitio para este fin, a no ser que se cumplan los siguientes requisitos:

a) Debe estar situado por lo menos a una distancia de 1000 metros de los límites de la ciudad, o de la parte más poblada de la sección.

b) Debe estar situado por lo menos a una distancia de 200 metros de cualquier pozo, cisterna, u otro manantial o fuente de agua destinada al consumo público o privado, a la vez que debe situarse en un lugar de fácil drenaje y apto para el cavado de fosas, no expuesto a inundaciones, seco y que no perjudique a la población.

c) Sus dimensiones estarán en relación con la población, su probable crecimiento con el promedio de las defunciones, con el tiempo de permanencia de los cadáveres, que será por lo menos de cinco (5) años, con el espacio concedido a cada sepultura que será por lo menos de 3 metros cuadrados y el espacio necesario para monumentos, piedras, sepulturas, candelabros y flores y con el espacio que debe de haber entre las sepulturas que será por lo menos de sesenta centímetros.

d) Todos los cementerios deben estar cercados en toda su extensión de cemento preferentemente, o de alambrada o de verjas de hierro; debiendo tener por lo menos dos (2) metros de altura, y las entradas necesarias protegidas por puertas.

e) Debe estar provisto de uno o más lugares apropiados para depósito de los restos. Dicho lugar u osario será construido lo más retirado de la entrada, ocupando por lo menos un espacio de tres (3) metros cuadrados teniendo por los menos dos (2) metros de profundidad, el cual se hará a prueba de ratas, revestido de concreto y provisto de una tapa de metal, dividida en dos.

f) Todo cementerio tendrá en un solo sitio aparte un local para quemar los féretros, mortajas, ropas u otros objetos que se recojan en las inhumaciones.

Art. 4.- Cuando el Secretario de Salud y Previsión Social lo estime conveniente, los cementerios nuevos o reedificados deberán estar provisto de un sitio apropiado para depósito de cadáveres. Estas salas mortuorias serán pavimentadas con material impermeables y sus paredes deben ser del mismo material hasta una altura por lo menos de uno y medio metros (1 1/2) del piso; este depósito debe estar bien ventilado y dividido en dos apartamentos completamente incomunicados un departamento será usado como depósito de cadáveres y el otro será destinado para sala de autopsia. La sala de autopsia estará provista de amplias ventanas de cada lado y de lavamanos con agua corriente; se conservará a prueba de mosca y tendrá una mesa cubierta de un material impermeable bien pulimentado. La sala mortuoria estará provista del instrumental adecuado y otras necesidades para las autopsias.

Art. 5.- Los cementerios abiertos diariamente de seis antes meridiano (6 a. m.) a siete pasado meridiano (7 p. m.). El día de finado permanecerá abierto hasta las 12 de la noche.

Párrafo I: El Secretario de Salud y Previsión Social, cuando lo juzgue conveniente, para debida protección de la salud pública, puede ordenar que cualquier cementerio permanezca abierto durante la noche así como su clausura.

Párrafo II: En todo cementerio clausurado, quedan terminantemente prohibidas la inhumaciones.

Art. 6.- Ningún cementerio que haya sido clausurado podrá volverse a abrir sino después de transcurrido por los menos cinco (5) años. Después de esta fecha podrá usarse de nuevo para inhumaciones siempre que se hagan de conformidad con los requisitos de este reglamento. En caso de que el terreno de cualquier cementerio clausurado pueda desearse para fines de cultivo o construcciones será necesario obtener un permiso especial del Secretario de Salud y Previsión Social.

Art. 7.- Los cementerios deben mantenerse limpios y en buen estado sanitario de acuerdo con las disposiciones de la autoridad sanitaria local. No se permitirá vender ni conservar en el interior de los cementerios bebidas, dulces, confituras u otros comestibles.

Párrafo I: El Consejo Administrativo del Distrito Nacional o los Ayuntamientos, hará que se lleve un libro en el que se registrarán el nombre (cuando se conozca), la dirección, número de Cédula Personal y serie de la misma. Siempre que estén en obligación de poseerla de acuerdo con la ley,

edad de toda persona enterrada o incinerada, la causa de la muerte y lugar exacto de la sepultura.

Art. 8.- Toda sepultura a excepción de la de los niños menores de dos años de edad, ocuparán un espacio de dos (2) metros de largo, ochenta y cuatro centímetros de ancho y dos un cuarto (2 1/4) metros de profundidad.

Art. 9.- Las parcelas (concedidas para las sepulturas) deben estar separadas una de otras por una distancia por lo menos de sesenta (60) centímetros de cada lado.

Párrafo I: No podrá enterrarse más de un cadáver en una misma sepultura o fosa, pero en los panteones compuestos de dos o más criptas se podrán enterrar varios cadáveres al mismo tiempo.

Párrafo II: Los panteones y los nichos deben cerrarse herméticamente con lozas, ladrillos, cementos o algún material impermeable.

Párrafo III: Los cadáveres deberán enterrarse dentro de sus ataúdes.

Párrafo IV: Todos los cadáveres cuando sean colocados en una sepultura serán cubiertos de tierra a una profundidad de uno y medio (1 1/2) metros.

Art. 10.- Ningún cadáver podrá permanecer por más de veinticuatro (24) horas sin haber recibido sepultura, salvo el caso de que el cadáver haya sido embalsamado.

Párrafo I: En caso de que se sospeche un estado de catalepsia o una muerte aparente, se permitirá tener el sujeto en observación médica durante el tiempo que sea necesario mientras no se tenga la evidencia de la muerte mediante las pruebas aconsejadas por la ciencia.

Párrafo II: Los cadáveres que demuestren señales evidentes de descomposición o putrefacción, serán enterrados cuanto antes en el cementerio correspondiente.

Párrafo III: Si la defunción ocurriese en una casa reducida y mal ventilada, se trasladará el cadáver dentro de las doce (12) horas después del fallecimiento al cementerio o a una casa funeraria.

Párrafo IV: Ningún cadáver será expuesto en una habitación del piso bajo de una casa cuando esta habitación tenga acceso directo con la calle, a no ser que el cadáver esté colocado en una ataúd cerrado.

Párrafo V: En el caso de que la muerte sea debida a enfermedades transmisibles de alta contagiosidad (cólera asiática, peste bubónica, etc.), el cadáver deberá ser trasladado directamente al cementerio, cumpliendo con los requisitos indicados por la autoridad sanitaria del lugar del fallecimiento.

Art. 11.- Los cadáveres serán conducidos al cementerios, casas funerarias o al depósito de cadáveres en ataúdes bien ajustados en sus uniones, sin grietas ni intersticios de modo que no permitan el escape de líquido o emanaciones.

Párrafo I: Los cadáveres de personas fallecidas de enfermedades infecto-contagiosas, no serán conducidos al cementerio a manos o en hombros, a menos que no se pueda obtener otro medio de transporte.

Art. 12.- En los casos de defunciones en las cuales convenga esclarecer los aspectos sanitarios o médicos legales, se comunicará a la autoridad sanitaria o judicial para que ésta realice u ordene realizar la autopsia o cualquier otra investigación necesaria para aclarar el caso.

Párrafo I: El médico que haga la autopsia redactará un informe del cual enviará el original y dos copias firmadas al Director del Servicio Provincial de Salud dentro de las 48 horas de haber sido practicada, quien a su vez enviará el original y una copia a la Secretaría de Estado de Salud y Previsión Social archivando en su Oficina la otra copiada firmada. Cuando la autopsia haya sido realizada en una dependencia de un Distrito Sanitario, el informe de autopsia que hace el médico debe dirigirse al Director del Servicio Provincial de Salud por la vía del Servicio Local de Salud donde se practicó la autopsia. En estos casos, el informe médico de autopsia deberá hacerse con una copia más, la cual servirá para el archivo de la Oficina Local de Salud.

Art. 13.- El Director de cualquier hospital, asilo, cárcel, otras instituciones similares o depósitos de cadáveres No Identificados o No Reclamados, puede entregar el cadáver bajo las condiciones especificadas en este reglamentos y con la autorización de la Secretaría de Salud Pública y Previsión Social, a la Universidad Nacional o las instituciones médicas para fines de estudio científico. Cuando el cadáver se necesita para investigaciones médico-legales, no debe ser entregado hasta que no se realicen las investigaciones correspondientes requeridas.

Párrafo I: La solicitud del cadáver debe hacerse dentro de las doce (12) horas después de la notificación de la muerte.

Art. 14.- Si los restos de un cadáver entregados a la Universidad u otra institución, similar que los haya recibido son posteriormente reclamados por

cualquier familiar o amigo que pague los gastos del enterramiento, les serán entregados. La persona que reclame un cadáver o sus restos para entregarlos, según se dispone en este artículo, será requerida por la Universidad o la institución similar correspondiente para que haga una declaración jurada ante un Notario Público u otra persona autorizada, de que es familiar o amigo del fallecido y de que pagará los gastos de enterramiento. Los gastos de dicha declaración jurada, correrán por cuenta de la persona que solicite el cadáver o sus restos, y si rehusare dicha reclamación se desestimará.

Párrafo I: Los Directores de Hospitales del Estado quedan autorizados cuando una persona cuyo cadáver no haya sido reclamado, a proceder a la autopsia para fines de esclarecimiento del diagnóstico.

Art. 15.- Ningún cadáver será trasladado a otro lugar (ciudad, pueblo o sección), para su enterramiento (excepción de cadáveres embalsamados), a menos que el traslado pueda efectuarse en seis (6) horas y dentro de las veinticuatro (24) horas después del fallecimiento y de acuerdo con los siguientes requisitos: (**)

Apartado a) Obtener de la autoridad de Salud Pública local un permiso y una tarjeta de tránsito que llevará al conductor del cadáver. El permiso de tránsito debe expresar la fecha de su expedición, fecha y hora del fallecimiento, hombre, sexo, nacionalidad del fallecido, el medio de transporte utilizado, la procedencia y destino, la firma y el título del empleado que expida el permiso, el nombre del conductor o del consignatario. El conductor deberá llevar consigo el original y una copia del tránsito, quedando una copia para la oficina de expedición del mismo.

b) Al ataúd se le colocará una tarjeta d identificación en la cual se consignarán los datos siguientes: Nombre y apellidos, edad, sexo, cédula de identidad, serie de la misma y lugar destino.

(**) Modif. por el decreto No. 1155, del 10 de abril de 1967.

c) No se permitirá el transporte de un lugar a otro de cadáver de personas fallecidas de viruela, cólera asiática, peste bubónica, tifus-exantemático, fiebre amarilla, escarlatina y meningitis cerebro-espinal. Ningún cadáver será exhumado si antes obtenerse un permiso de la autoridad. El permiso de tránsito debe cumplir los requisitos que dispone el párrafo a), de este artículo. De no haber sido enterrado en una caja hermética cerrada o satisfactoriamente embalsamado de acuerdo con los requisitos de este capítulo, ningún cadáver podrá ser exhumado antes de los cinco (5) años, a menos que sea para fines legales.

d) Las exhumaciones se considerarán ordinaria y extraordinarias. Las ordinarias no podrán hacerse antes de cinco (5) años en el caso de inhumaciones

efectuadas en el suelo, ni antes de de los siete (7) años en casos de enterramientos efectuados en nichos.

Las exhumaciones extraordinarias pueden tener lugar en cualquier tiempo, cuando éstas se hagan para investigaciones de carácter judicial.

e) El traslado de cadáveres de personas fallecidas de cualquier enfermedad que no sea de las especificadas en el párrafo c) de este artículo, será permitido en las siguientes condiciones:

1.- El cadáver será colocado en una caja sólida hecha de buena madera, de no menos de 7/8 de pulgadas de espesor; todas las uniones serán ajustadas y la caja cerrada.

2.- Para el transporte de cadáveres, la caja debe tener por lo menos cuatro abrazaderas y seis cuando tenga más de cinco pies y medio (5 1/2) de longitud.

Art. 16.- Ningún cadáver podrá ser introducido al territorio de la República Dominicana sin que se cumplan antes los siguientes requisitos (***)

a) certificado de embalsamamiento con el número de registro, nombre y dirección de la agencia embalsamadora, volante para la agencia de transportación en donde deban constar los datos anteriores, a más de la descripción del boleto de viaje de la persona que acompaña el cadáver y del destino del cadáver.

b) Copia del Certificado de defunción firmado por un funcionario del Registro Civil, acompañado de una certificación de autenticidad de dicha firma, dada por el Cónsul del país de destino.

(***) Modif. por el decreto No. 1155, del 10 de abril de 1967.

c) Un permiso de transporte de cadáver que deberá ser registrado en el Consulado (original y copia).

d) Un permiso de enterramiento.

e) Boleto de transporte del cadáver.

f) Acta notarial en la que conste que el cadáver ha sido embalsamado y preparado (indicando las sustancias usadas y las dosis) y que puede por lo tanto ser transportado sin peligro de contagio.

g) Todo certificado debe estar acompañado de un certificado de autenticidad de firma y de Visto-bueno del Cónsul.

Art. 17.- El Consejo Administrativo del Distrito Nacional y los Ayuntamientos, están autorizados a construir hornos de cremación en el cementerio o en cualquier lugar que autorice la Secretaría de Estado de Salud y Previsión Social. Antes de proceder a su construcción, debe obtenerse un permiso escrito por el Director del Servicio Provincial de Salud correspondiente,

y dichos hornos de cremación serán usados solamente cuando lo autorice dicha autoridad pública.

Párrafo I: Ningún cadáver será incinerado antes de las veinticuatro (24) horas del fallecimiento.

Art. 18.- Para incinerar un cadáver debe obtenerse un permiso escrito de la autoridad del Servicio Provincial de Salud correspondiente, quien lo expedirá hasta que no se hayan cumplido los siguientes requisitos:

a) Solicitud escrita y firmada por el pariente más cercano del fallecido u otra persona debidamente autorizada.

b) Certificado firmado por un médico graduado y registrado, que exprese la fecha o causa de la muerte y lugar del fallecimiento.

c) En caso de muerte repentina, o cuando el certificado arriba mencionado no pueda ser expedido, se requerirá una certificación de autopsia.

Art. 19.- La cremación se hará sin despojar al cadáver de sus ropas y envolturas, y se efectuará bajo la supervigilancia de las autoridad del servicio de salud correspondiente.

Párrafo I: Las cenizas serán recogidas y colocadas en un receptáculo para cada cadáver, y no podrán guardarse sino en los sitios señalados oficialmente para ello. Solamente cuando se obtenga una autorización escrita del Secretario de Salud y Previsión Social, podrán colocarse en sitios públicos o en casas particulares, o transportarse a cualquier otro lugar.

Art. 20.- El Consejo Administrativo del Distrito Nacional y los Ayuntamientos llevarán un registro de todas las cremaciones que se efectuaren en los mismos, a fin de poder establecer la identificación de los cadáveres incinerados.

Art. 21.- Los Certificados de defunción serán extendidos por duplicado en el formato de Certificado de Defunción adoptado por la Secretaría de Estado de Salud y Previsión Social, que se ajusta a las instrucciones contenidas en el Modelo Internacional de Certificación Médica de Causa de Defunción, el cual será distribuido gratuitamente por la Secretaría de Estado de Salud y Previsión Social, a todos los médicos en ejercicio legal en la República.

Art. 22.- Para fines de enterramiento de un cadáver, será necesario ajustarse a los siguientes requisitos:

a) Ningún cadáver podrá ser enterrado sin que previamente se haya extendido el asiento de la defunción en el Registro Civil del lugar en que esta ocurrió o del de la localidad donde esté el cadáver, y para tal fin será requisito la presentación del Certificado de Defunción.

b) Presentar ante la autoridad de Salud Pública de donde se efectúe el enterramiento, el Certificado Médico de Causa de Defunción, firmado por el médico o médicos que asistieron al fenecido en vida, así como por el Oficial del Registro Civil de la localidad.

c) Presentar al Encargado de la Oficina del Cementerio, el permiso sanitario firmado por la autoridad de Salud Pública.

Art. 23.- Las condiciones de las concesiones en los cementerios, serán iguales para todos, sin diferencias por motivos de raza, religión, nacionalidad, u otra circunstancia cualquiera.

Art. 24.- Las violaciones al presente reglamento serán sancionadas de conformidad con el artículo 202 del Código de Salud Pública.(****)

Art. 25.- Es entendido que el presente reglamento en nada altera las disposiciones de la ley 214, del 4 de mayo de 1943, relativa al régimen económico de los cementerios.

DADO en Ciudad Trujillo, Distrito de Santo Domingo, Distrito de Santo Domingo, Capital de la República Dominicana, a los trece días del mes de marzo de mil novecientos cuarenta y ocho; años 114º de la Independencia, 95º de la Restauración y 28º de la Era de Trujillo.

NOTA: Copia textual de la Gaceta Oficial No. 8216 de 22/feb./58.

(****) Ver apéndice número 4.

JOAQUIN BALAGUER
Presidente de la República Dominicana

Decreto No. 1155, que modifica varios artículos del Reglamento No. 3529 sobre Policía Mortuoria

NUMERO: 1155

VISTO el Código de Salud Pública, ley No. 4471, del 3 de junio de 1956, y sus modificaciones;

En ejercicio de las atribuciones que me confiere el artículo 55 de la Constitución, dicto el siguiente

DECRETO:

Art. 1.- Se modifican los artículos 10, 15 y 16 (modificado éste último por el Decreto No. 8750, del 24 de octubre de 1962), del Reglamento No. 3529, sobre Policía Mortuoria, de fecha 13 de febrero de 1958, para que rijan así:

«Art. 10.- Ningún cadáver podrá permanecer por más de cuarenta y ocho (48) horas sin inhumarse o cremarse, salvo que lo exijan así determinadas investigaciones judiciales o que las autoridades sanitarias hayan autorizado su embalsamamiento u otros procedimientos de conservación de cadáveres aprobados previamente por dichas autoridades.

Párrafo I: En caso de que se sospeche un estado de catalepsia o una muerte aparente, se permitirá tener el sujeto en observación médica durante el tiempo que sea necesario mientras no se tenga la evidencia de la muerte mediante las pruebas aconsejadas por la ciencia.

Párrafo II: Los cadáveres que demuestren señales evidentes de descomposición o putrefacción, serán enterrados cuanto antes en el cementerio correspondiente.

Párrafo III: Si la defunción ocurriese en una casa reducida y mal ventilada, se trasladará el cadáver dentro de las doce (12) horas después del fallecimiento al cementerio o a una agencia funeraria.

Párrafo IV: Ningún cadáver será expuesto en una habitación del piso bajo de una casa cuando esta habitación tenga acceso directo con la calle, a no ser que el cadáver esté colocado en una ataúd cerrado.

Párrafo V: En el caso de que la muerte sea debida a enfermedades transmisibles de alta contagiosidad (cólera asiática, peste bubónica, etc.), el cadáver deberá ser trasladado directamente al cementerio a la mayor brevedad posible, cumpliendo con los requisitos indicados por la autoridad sanitaria del lugar del fallecimiento, a menos que el cadáver haya sido previa y debidamente embalsamado».

«Art. 15.- Ningún cadáver será trasladado de un lugar a otro (ciudad, pueblo o sección), para su enterramiento, excepto cuando haya sido o sometido a otros procedimientos de conservación de cadáveres aprobados previamente por las autoridades sanitarias, a menos que el traslado pueda efectuarse en ocho (8) horas y dentro de las veinticuatro (24) horas después del fallecimiento y de acuerdo con los siguientes requisitos:

a) Obtener de la autoridad de Salud Pública local un permiso de tránsito que llevará el conductor del cadáver. El permiso de tránsito debe expresar la fecha de su expedición, fecha y hora del fallecimiento, nombre, sexo, nacionalidad y número y serie de la Cédula de Identidad personal (si procede) del fallecido, el medio de transporte utilizado, la procedencia y destino del cadáver, la firma y el título del empleado que expida el permiso, el nombre del conductor o del consignatario. El conductor deberá llevar consigo el original y una copia del tránsito, quedando una copia para la oficina expedidora del mismo.

Asimismo, el ataúd deberá cerrar herméticamente y colocarse dentro de un cajón sólido hecho de buena madera, y de un espesor mínimo de siete octavos (7/8) de pulgada, cuyas uniones estén bien ajustadas y su tapa cerrada. El ataúd deberá ajustarse dentro del cajón de manera que se impida todo movimiento de aquel.

El citado cajón deberá rodearse con cuatro abrazaderas, por lo menos. Cuando mida más de cinco y medio (5 1/2) pies de longitud, el número de abrazaderas deberá ser de seis (6)».

b) El ataúd se le colocará una tarjeta de identificación inamovible en el cual se consignarán los datos siguientes: Nombre, sexo, edad, nacionalidad y número de la Cédula de Identidad Personal (si procede), del fallecido, y lugar de destino del cadáver, Dicha tarjeta deberá expedirla la autoridad de Salud Pública.

c) No se permitirá el transporte de un lugar a otro de cadáver de personas fallecidas de peste, cólera, fiebre amarilla, viruela, tifo o fiebre recurrente, excepto cuando hayan sido previa y debidamente embalsamados de acuerdo con los requisitos del artículo 16 del Reglamento No. 3529, sobre Policía Mortuoria (modificado).

El permiso de tránsito debe cumplir los requisitos que dispone el apartado a) de este artículo.

De no haber sido sepultado en una caja herméticamente cerrada o satisfactoriamente embalsamado, de acuerdo con los requisitos a que se alude en este mismo artículo, ningún cadáver podrá ser exhumando antes de los plazos señalados en el apartado d) del presente artículo, a menos que sea para fines legales. En todo caso, es obligatorio el permiso de las autoridades sanitarias para dichas exhumaciones.

d) Las exhumaciones se considerarán ordinaria y extraordinarias. Las ordinarias no podrán hacerse antes de cinco (5) años en el caso de inhumaciones efectuadas en el suelo, ni antes de los siete (7) años en casos de enterramientos efectuados en nichos. Las exhumaciones extraordinarias pueden tener lugar en cualquier tiempo, cuando éstas se hagan para investigaciones de carácter judicial»

«Art. 16.- Antes de proceder a embalsamar un cadáver debe obtenerse un permiso de la autoridad sanitaria local. Dicho permiso se pedirá en solicitud que contenga los datos siguientes:

a) Nombre completo del fallecido, sexo, edad, nacionalidad, último domicilio, profesión y estado civil, en el momento de la defunción y número y serie de la Cédula Personal, su hay lugar;

b) Fecha del fallecimiento;

c) Causas de la muerte, según lo establecido en el Certificado Médico de Defunción;

d) Nombre de la persona que solicite el embalsamamiento;

e) Razones por las cuales se solicite el embalsamamiento;

f) Nombre y domicilio de la persona que vaya a practicar las operaciones necesarias para el embalsamamiento, siempre que la operación incluya la inyección conservadora con los siguientes elementos:

1º. Las inyecciones conservadoras se efectuarán después de dar salida a la sangre contenida en el sistema venoso, ya sea por canalización solamente, o por ésta o lavado subsiguiente con solución salina indiferente o antiséptica. Las inyecciones conservadoras se aplicarán de modo tal que ninguna región del cuerpo escape a su acción;

2º. Los líquidos que empleen para las inyecciones podrán variar en su composición, pero en todo caso contendrán cuando menos un veinte por ciento (20%) en volumen, de formol del comercio o de otra substancia análoga en sus efectos, a juicio de las autoridades de Salud y Previsión Social;

3º. Las inyecciones conservadoras no podrán contener compuestos de arsénicos, plomo zinc, o mercurio;

4º. No podrán usarse las soluciones que formen precipitados o substancias que a juicio de las indicadas autoridades no llenen su objeto, y;

5º. La cantidad del líquido conservador que se inyecte a los cadáveres será determinada, en cada caso, por el médico representante de la Secretaría

de Salud y Previsión Social, que presencie la operación, siendo la cantidad mínima ochenta (80) centímetro cúbico por kilo de peso corporal del cadáver.

El embalsamamiento solamente de un cadáver podrá efectuarse antes de transcurridas las doce (12) horas de la defunción, ni después de las veinticuatro (24) horas de ocurrida ésta.

El embalsamamiento solamente de un cadáver podrá hacerse por o bajo vigilancia inmediata de un médico cuyo título esté debidamente registrado en la Secretaría de Salud y Previsión Social, a menos que la persona que se dedique a esta profesión se halle amparada por un diploma expedido por una institución reconocida en dicha rama, a juicio de la Secretaría de Salud y Previsión Social, y posea licencia que autorice el ejercicio de la profesión en el país donde fue expedido el diploma correspondiente.

Asimismo, toda operación de embalsamamiento de cadáveres deberá ser presenciada por un médico oficial designado al efecto por la autoridad de Salud Pública, el que deberá rendir informe de su misión a ésta. Dicho médico está en la obligación de cerciorarse de que el cuerpo presenta signos de muerte real, comprobada por los métodos de rigor en este caso. El período de embalsamamiento no se expedirá en ningún caso que se necesite la intervención de la justicia hasta que el oficial judicial competente no declare haber terminado su actuación.

Párrafo I: Para la conservación de cadáveres de las personas fallecidas de una de las enfermedades especificadas en el inciso e) del artículo 15 del reglamento No. 3529, sobre Policía Mortuoria (modificado) sólo se autorizará el procedimiento del embalsamamiento, prohibiciones cualesquiera otros procedimientos de conservación.

Párrafo II: El local donde vaya a funcionar un establecimiento destinado al embalsamamiento de cadáveres, necesitará la aprobación y el permiso correspondiente de las autoridades de Salud y Previsión Social.

Párrafo III: Ningún cadáver podrá ser introducido al territorio nacional sin que se cumplan previamente los siguientes requisitos:

a) Presentar una copia del certificado oficial de defunción, emanada de las autoridades competentes del país donde haya ocurrido el fallecimiento, acompañada de una certificación de autenticidad de la firma que figure en la misma, expedida por el Cónsul dominicano correspondiente.

b) Presentar una declaración jurada de la persona o entidad autorizada a preparar el cadáver, en la que se dé constancia de la forma y el método con que se llevó a cabo la preparación, certificada por la autoridad competente del país en que tuvo efecto la operación, legalizada por el Cónsul dominicano que corresponda.

Asimismo, deberá hacerse constar en dicha declaración jurada, que el ataúd de una enfermedad es a prueba de agua y gases y que contiene solamente el cadáver en cuestión, el sudario o las ropas necesarias para cubrirlo.

Sólo se permitirá la internación al país de cadáveres de personas fallecidas de una enfermedad cuarentenable, cuando hayan sido previa y debidamente embalsamados, conforme con los requisitos exigidos en la parte capital del presente artículo.

En los casos de cadáveres de personas fallecidas por otras causas o de enfermedades no cuarentenables, su internación al territorio nacional podrá ser admitida en los casos en que se suministren pruebas en las condiciones señaladas en el presente párrafo, de que dichos cadáveres han sido previamente sometidos al procedimiento siguiente:

Lavado general con una desinfectante eficaz; desinfección de todos los orificios y obturación de los mismos con algodón impregnado también un desinfectante efectivo; envoltura del cadáver en un sudario o mortaja impregnado de un desinfectante adecuado, y colocación en un ataúd a prueba de líquidos y gases.

c) Presentar un permiso de transporte de cadáver que deberá ser registrado en un original y copia, en el Consulado dominicano correspondiente, en el que conste el nombre, apellidos, sexo, edad y nacionalidad del fallecido, expedido por la autoridad competente del lugar en que ocurrió el fallecimiento, o de de la sepultura, en caso de que se trate de restos exhumados;

d) Que el conductor o el transportador del cadáver vaya acompañado de copias de la documentación indicada en los apartados a), b) y c); debiendo el ataúd estar identificado exteriormente mediante una placa o rótulo inamovible, colocado en un lugar visible, en que consten los nombres, sexo, edad y nacionalidad del fallecido y lugar de destino final, y

e) Que el ataúd esté colocado dentro de un cajón sólido, hecho de buena madera, de una espesor mínimo de una (1) pulgada, cuyas uniones estén bien ajustadas y su tapa carrada. El ataúd deberá fijarse dentro del cajón, de madera que se impida todo movimiento.

El citado cajón deberá rodearse con cuatro (4) abrazaderas, por lo menos. Cuando mida más de cinco y medio (5 1/2) pies de longitud, el número de abrazaderas deberá ser de seis (6)».

«Art. 2.-Las disposiciones del presente decreto, derogan y substituyen las disposiciones contenidas en el Decreto No. 8750, de fecha 24 de octubre de 1962, así como otra disposición reglamentaria contraria a las del presente ordenamiento».

DADA en Santo Domingo de Guzmán, Distrito de Santo Domingo, Distrito Nacional, a los diez días del mes de abril, de mil novecientos sesenta y siete, años 124º de la Independencia y 104º de la Restauración.

JOAQUIN BALAGUER

REPÚBLICA DOMINICANA
PROCURADURÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA

RESOLUCIÓN Nº: 13914

A los Magistrados Procuradores de Cortes de Apelación, Procuradores Fiscales. Santo Domingo, República Dominicana. 07 de octubre, 2004.

Asunto: Criterios para Manejo y Envío de Cadáveres al INPF y Actuación de los Médicos Legistas.

1) Por medio de la presente le informamos que en los casos de víctimas mortales de modo violento, tales como accidentes de tránsito, heridas por arma blanca, heridas por arma de fuego con orificio de entrada y salida en las cuales el historial de circunstancias se haya esclarecido, los médicos legistas de la jurisdicción correspondiente harán los levantamientos, descripciones externas, diagnósticos en el lugar del hecho y certificado de defunción, copia de la cual entregará al familiar cercano, procediéndose luego al traslado del cadáver a la morgue de la institución de salud u hospital más cercana para entrega posterior a los familiares, por parte de dicha institución. Un original del levantamiento del cadáver y descripción del hecho será remitido de inmediato al Ministerio Público apoderado del caso. Salvo en los casos de accidentes de tránsito, en todos los demás se hace necesario la presencia del Ministerio Público y el oficial de la Policía Judicial.

2) En lo casos de muertes naturales, los médicos legistas harán los levantamientos siempre que sean requeridos por los familiares o cualquier persona ante una duda o situación extraña. Se emitirá el correspondiente certificado de defunción para fines de enterramiento. Para eso no será necesaria la presencia del Ministerio Público y los oficiales de la Policía judicial, salvo lo que requiera el médico legista como consecuencia de la situación encontrada.

3) En los casos de muertes repentinas naturales en lugares públicos y cuyo historial de circunstancias se haya esclarecido. El médico legista levantará el cadáver, emitirá acta de defunción y lo trasladará a la morgue hospitalaria más cercana para fines de entrega inmediata a familiares. En estos casos tampoco será necesaria la presencia del Ministerio Público y la Policía Judicial.

4) En los casos de cadáveres en estado de descomposición el médico legista procederá a la identificación del o la occisa, realizará la investigación de la causa y la manera de muerte, procediéndose luego a emitir el certificado de defunción seguido del enterramiento. En caso de ser necesario autopsia el equipo del Instituto Nacional de Patología Forense se trasladará inmediatamente al lugar y realizará el experticio correspondiente.

5) En los casos de muerte por proyectil de arma de fuego sin orificio de salida o de otro tipo de muerte cuya causa y manera de muerte no puedan científicamente realizarse en el lugar del levantamiento se procederá a trasladar el cadáver al INSTITUTO NACIONAL DE PATOLOGÍA FORENSE o al Instituto Regional para fines de realizarle la autopsia judicial

6) No obstante, en todo caso que el Ministerio Público o autoridad judicial competente entiendan o sospechen de la intervención criminal en la muerte de una persona deberán proceder a la realización de la autopsia correspondiente.

REPÚBLICA DOMINICANA
PROCURADURÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA

RESOLUCIÓN Nº: 16956

CONSIDERANDO: Que es necesario que el inicio de un proceso intensivo de profesionalización, tecnificación y humanización del quehacer investigativo jurídico y científico forenses, así como mejorar la oportunidad en la expedición de los dictámenes forenses, la certeza en la calidad científica de los mismos, la ampliación de la cobertura en la prestación y satisfacción de los usuarios del servicio médico-legal y forense a nivel nacional y que conforme a la Constitución y a las leyes debe atenderse de manera eficaz, eficiente y efectiva.

CONSIDERANDO: Que es necesario actualizar, adecuar, agilizar e impulsar el desarrollo de las ciencias forenses y criminalisticas en el país, así como modernizar el flujo de los procesos técnico-investigativos y criminalisticos en momentos y ocasión del advenimiento de la Reforma Procesal Penal, ejecución actual en la República Dominicana.

CONSIDERANDO: Que es de alto interés nacional el desarrollo de un sistema de apoyo científico-técnico a la investigación criminal acorde con los criterios que pautan y norman la Política Criminal nacional.

CONSIDERANDO: Que la puesta en vigor de las disposiciones establecidas en el nuevo Código Procesal Penal (Ley 76-02), requieren de la adecuación de todas las normas que directa o indirectamente estén relacionadas con ese nuevo cuerpo normativo, en el cual la investigación criminal está sometida a nuevos requerimientos, paradigmas y criterios.

CONSIDERANDO: El nivel de urgencia que reviste para el Estado dominicano actualmente el mejorar los niveles de calidad y efectividad de la persecución judicial de los crímenes y delitos a nivel general, no obstante, la posterior evacuación de un decreto en ese sentido y la aprobación de una ley y convenciones especiales pertinentes.

VISTO: El numeral 8 de la Ley 78-03 del 15 de abril del 2003, que crea el Estatuto de Ministerio Público en la República Dominicana.

RESOLUTAMOS:

PRIMERO: Se crea el Instituto Nacional de Ciencias Forenses de la República Dominicana (INACIF), como un órgano técnico funcionalmente independiente, adscrito administrativamente a la Procuraduría General de la República, con la misión principal de brindar auxilio científico y técnico a los órganos de investigación y a los tribunales penales y en las condiciones que establezca la correspondiente reglamentación, a otros órganos públicos y privados y a los particulares.

SEGUNDO: El Instituto Nacional de Ciencias Forenses tendrá las siguientes funciones:

1) Brindar los informes y dictámenes que soliciten las autoridades judiciales y el Ministerio Público.

2) Practicar los análisis e investigaciones científicos y técnicos que sean requeridos por el Ministerio Público, las autoridades judiciales, entes oficiales o privados o particulares, en las condiciones que autorice la reglamentación.

3) Definir normas técnicas o científicas que deben cumplir organismos o personas que realicen funciones periciales relacionadas con las ciencias forenses en sentido general y en las demás áreas establecidas.

4) Delegar o contratar en algunas personas naturales o jurídicas la realización de algunas actividades periciales y controlar su ejecución.

5) Presentar al Magistrado Procurador General de la Republica los proyectos de resoluciones que sean necesarios expedir para regularizar y estandarizar la prestación de servicios de ciencias forenses.

6) Establecer protocolos de actuación en las distintas disciplinas científicas, a los fines de fijar ciertos criterios científicos y asegurar niveles adecuados de calidad en los informes.

7) Difundir y promocionar los conocimientos en materia de ciencias forenses y criminalistica que construyan a desarrollar y dinamizar los sectores que actúan en la administración de justicia en el país.

8) Actuar como centro de referencia en materia propia de su actividad en relación con otras instituciones nacionales afines y con otros Institutos de Ciencias Forenses a nivel internacional.

9) Efectuar estudios e investigaciones forenses conforme el Plan Nacional de Política Criminal del Estado dominicano, implementado por la Procuraduría General de la República.

10) Colaborar con entidades educativas y sanitarias a nivel nacional en todas aquellas materias que contribuyan al desarrollo de las Ciencias Forenses.

11) Cooperar con organismos nacionales e internacionales en materias relativas a la investigación forense y criminalistica, recogiendo y ordenando cuanta

información se facilite al respecto.

TERCERO: El Instituto Nacional de Ciencias Forenses de la República Dominicana tendrá su sede en el Distrito Nacional y su ámbito de actuación se extenderá a todo el territorio nacional.

El INACIF tendrá dependencias regionales en la forma que lo determine el Consejo Directivo del INACIF.

CUARTO: Los órganos directivos del INACIF serán: El Director General del Instituto. El Consejo Directivo. Los Sub-directores Generales. Los Directores Regionales.

QUINTO: El INACIF estará dirigido por un Director General que será electo y designado por concurso a ser convocado en la forma y plazos que establecerá el Consejo Directivo, incluidos el perfil profesional del candidato a ocupar la precitada Dirección General y designando a los miembros de la Junta Examinadora.

El INACIF estará integrado por las siguientes sub-direcciones generales. 1. Medicina Forense. 2. Experticia Analítica Forense. Y 3. Química Forense.

SEXTO: El Instituto tendrá por órgano consultivo y de dirección estratégica al Consejo Directivo, el cual estará presidido por el Procurador General de la República e integrado por el Jefe de la Policía Nacional o su representante, el Director de la Escuela Nacional del Ministerio Público, el Director de la Escuela de la Judicatura, el Director de la Oficina Nacional de la Defensa Pública, y un abogado de reconocida experiencia, propuesto por el Procurador General de la República. Tendrá la función de supervisar, orientar y brindar las recomendaciones pertinentes al Director General en relación a la organización del INACIF, la capacitación de sus miembros y el plan de inversiones. Tendrá además las funciones de pautar y establecer la forma de elección y designación del Director General y los subdirectores regionales.

Párrafo: Funciones del Consejo Directivo:

Corresponden al Consejo Directivo del Instituto Nacional de Ciencias Forenses de la República Dominicana las siguientes funciones:

a) Formular, asesorar y dirigir las políticas y temáticas específicas para la operación eficiente e institucional del INACIF

b) Formular y aprobar la reglamentación interna del instituto.

c) Supervisar y evaluar las operaciones del instituto y el desempeño del Director General del INACIF.

d) Aprobar y autorizar la tramitación de las adquisiciones de medios materiales y la realización de obras a nivel regional, que correspondan, a

propuesta del Director del instituto.

e) Aprobar la solicitud del Director del instituto en relación con el anteproyecto de gastos anual del instituto, así como cualquier solicitud adicional de fondos que surjan del instituto.

f) Reglamentar todo lo relativo a los criterios de remuneración del personal del instituto, así como los criterios de cualificación para su nombramiento.

g) Conocer y aprobar a propuesta del Director General, el plan anual de investigación y proyectos del instituto.

h) Conocer y evaluar de manos del Director General, la memoria anual del instituto de las actividades del instituto, contentiva del trabajo de todas las dependencias del mismo.

i) Confirmar las designaciones llevadas a cabo a propuesta del Director General del instituto, de los subdirectores regionales, así como del personal técnico y profesional.

j) Pautar y establecer la forma de elección y designación del Director General y los subdirectores regionales.

k) Requerir y conocer de los datos estadísticos que entienda pertinentes y necesarios.

l) Celebrar reuniones ordinarias de trabajo cada tres (3) meses y todas las reuniones extraordinarias que entienda pertinentes para la operación más eficiente del instituto.

SEPTIMO: Corresponde al Director del Instituto Nacional de Ciencias Forenses de la República Dominicana las siguientes funciones:

a) Ostentar la representación del instituto.

b) Dirigir directamente todas las operaciones y funciones del instituto, pudiendo delegar en cualquier funcionario o empleado del instituto cualquier función o facultad que le haya sido conferida, excepto aquellas que no estén previstas por las normas operativas internas del instituto o aquellas que requieren aprobación del Consejo Directivo.

c) Asignar las labores administrativas que convengan en base a criterios técnicos que permitan el uso más eficaz de los activos y recursos humanos disponibles en base a los factores de racionalidad, nivel de responsabilidad y la selección técnica de personal.

d) Formular el plan de acción y organización interna del instituto bajo el criterio del Consejo Directivo.

e) Inspeccionar periódicamente todas las dependencias del instituto.

f) Proponer al Consejo Directivo sus opiniones y sugerencias a fin de adecuar de la mejor forma posible el funcionamiento y aplicación correspondiente de la política criminal.

g) Proponer al Consejo Directivo, las adquisiciones de medios materiales y la realización de obras a nivel regional, que corresponden, para su aprobación y tramitación.

h) Presentar al Consejo Directivo, la propuesta de anteproyecto de

presupuesto anual de instituto.

i) Presentar al Consejo Directivo, un plan anual de investigación y proyectos de instituto.

j) Redactar y elevar al Consejo Directivo la memoria anual del instituto.

k) Mantener la debida relación con los órganos competentes en materia de formación de la Procuraduría General de la República y de las demás instituciones que integran el sistema de administración de justicia.

l) Proponer al Consejo Directivo los métodos y procedimientos analíticos validados por el instituto para su reconocimiento como método oficial.

m) Ejercer todas las funciones que le sean atribuidas por el reglamento del instituto.

Párrafo: El término de duración de las funciones del director, así como los criterios de retribución de sus funciones serán establecidos por el Consejo Directivo.

OCTAVO: Habrá tres (3) Subdirecciones generales, dependientes de la Dirección General del INACIF, que serán:

1. La Subdirección de Medicina Forense tendrá a su cargo rendir los informes correspondientes en áreas especializadas y exclusivas de la disciplina médico-legal y comprenderá las divisiones de: a) Patología Forense, b) Servicios de Médicos Legistas, c) Psicología Forense, d) Odontología Forense y e) Ginecología Forense.

2. La Subdirección de Experticia Analítica forense tendrá a su cargo el efectuar los exámenes, experticias, dictámenes y peritajes técnicos por los medios tecnológicamente puntuales y adecuados que demanden estándares especializados frente a hechos o situaciones de alta sofisticación y que demanden además de una especialidad analítica particular. Comprenderá las áreas siguientes: a) Documentología forense y microscopia forense, b) Informática forense, c) Auditoria forense, d) Balística forense y prueba de absorción atómica, e) Accidentología, y f) Huellas dactilares, entre otras.

3. La Subdirección de Química Forense se especializará en analizar y rendir informes técnicos relativos a situaciones en las que requiera de pruebas de fluidos, compuestos químicos o sustancias especiales. Dicha subdirección se especializará en áreas puntuales como: a) Pruebas de ADN, toxicología forense, c) Examen de drogas y sustancias controladas y d) Serología forense.

Las subdirecciones generales tendrán las funciones antes descritas y las que se establezcan oportunamente vía reglamentación.

NOVENO: El personal al servicio del instituto estará constituido por: a) Facultativos del Instituto Nacional de Ciencias Forenses. b) Médicos forenses o legistas. c) Técnicos especialistas. d) Auxiliares de laboratorio. e) Personal de apoyo.

El personal citado en el apartado anterior podrá prestar servicio con arreglo a las normas internas relativas a perfil de puestos de trabajo del instituto que reglamentara y aprobará la Procuraduría General de la República. Adicionalmente a esto podrán existir puestos para personal laboral conforme las necesidades de servicio del instituto.

Párrafo I: Todo personal del instituto rendirá sus funciones en las facilidades físicas del instituto o conjuntamente en investigaciones de campo con sujeción a las normas internas del instituto.

Párrafo II: Los integrantes del personal del instituto no podrán rendir de manera particular informes profesionales remunerados con arreglos a las normas internas del instituto.

Párrafo III: Todo lo relativo a las escalas de clasificación y de criterios de retribución del personal del instituto serán establecido por el Consejo Directivo. Asimismo el Consejo Directivo reglamentará lo relativo al sistema de sustituciones y vacantes de personal con sujeción a las normas internas pertinentes que dicho Consejo Directivo establecerá oportunamente.

En la ciudad de Santo Domingo de Guzmán, Distrito Nacional de la República Dominicana, a los veinte (20) días del mes de diciembre del año dos mil cuatro (2004), años 161 de la Independencia y 142 de la Restauración.

LEGISLACIÓN EXTRANJERA

Ley Orgánica del Organismo de Investigación Judicial de Costa Rica (Ley No. 5524)

CAPÍTULO I
Creación y fines

Artículo 1.- Créase el Organismo de Investigación Judicial dependiente de la Suprema Corte de justicia, con jurisdicción en toda la República. Tendrá su sede en la ciudad de San José, pero se podrán establecer las delegaciones provinciales o regionales que se estimen convenientes, a juicio de la Corte.

Será auxiliar de los tribunales penales y del Ministerio Público en el descubrimiento y verificación científica de los delitos y sus presuntos responsables. Será, asimismo, Cuerpo de consulta de los demás tribunales de justicia del país.

Artículo 2.- El Organismo de Investigación Judicial cumplirá con las funciones de Policía Judicial, que ésta y otras leyes le atribuyan, y deberá también ejecutar las órdenes y demás peticiones de los tribunales de Justicia.

CAPÍTULO II
Atribuciones

Artículo 3.- El Organismo de Investigación Judicial, por iniciativa propia, por denuncia o por orden de autoridad competente, procederá a investigar los delitos de acción pública, a impedir que los hechos sometidos sean llevados a consecuencias ulteriores, a identificar y aprehender preventivamente a los presuntos culpables, y a reunir, asegurar y ordenar científicamente las pruebas y demás antecedentes necesarios para la investigación.

Si el delito de acción o instancia privada, sólo actuará en acatamiento a orden de autoridad competente, que indique haber recibido la denuncia o acusación de persona legítimamente facultada.

Artículo 4.- El Organismo tendrá, entre otras que legalmente le sean señaladas, las siguientes atribuciones:

1. Recibir denuncias.

2. Cuidar que se conserve todo lo relacionado con el hecho punible y que el estado de las cosas no se modifique hasta que llegue al lugar la autoridad competente. No obstante, cuando se trate de heridos, tomará las medidas necesarias para su curación, trasladándolos inmediatamente a donde se le preste auxilio. Mientras llega al lugar de los hechos la respectiva autoridad, los miembros del Organismo practicarán las diligencias técnicas de su incumbencia que consideren necesarias para el éxito de la investigación.

3. Ordenar, si es necesario, la clausura del local en que se ejecutó el delito, o en que se suponga por vehementes indicios, que algunos se ha cometido; que ninguna persona se aparte o ingrese al local o lugar y sus inmediaciones antes de concluir las primeras diligencias, pudiendo aprehender, por el tiempo estrictamente indispensable, a las personas cuyas declaraciones puedan ser útiles para el éxito de la investigación.

4. Hacer constar el estado de las personas, cosas y lugares, mediante los exámenes, inspecciones, planos, fotografías y demás operaciones técnicas aconsejables.

5. Recoger todas las pruebas y demás antecedentes, que tengan importancia en el caso.

6. Proceder a la aprehensión de los presuntos culpables. Sin embargo, todo el que fuere detenido deberá ser puesto a la orden de la autoridad judicial competente, dentro del término perentorio de veinticuatro horas. Si en el curso de su detención y mientras no esté a la orden de la autoridad judicial, se desvirtuaren en cualquier forma los indicios de su culpabilidad, será puesto de inmediato en libertad.

7. Disponer la incomunicación, por resolución escrita, de los presuntos culpables, para evitar que puedan ponerse de acuerdo con terceras personas que entorpezcan la investigación. Tal resolución se pondrá, de inmediato, en conocimiento de la autoridad competente, quien podrá revocarla si la considerase injustificada. La incomunicación no podrá exceder de cuarenta y ocho (48) horas sin orden del respectivo juez y, en todo caso, deberá ajustarse estrictamente a los requisitos de ley. Los menores de dieciséis años sujetos a investigación no podrían ser incomunicados en ningún caso.

8. Recibir declaración del imputado en la forma y con las garantías que la ley establece.

9. Proceder a interrogar a todas las personas que pudieran aportar datos de interés a la investigación, practicando los reconocimientos, reconstrucción, inspecciones y confrontaciones convenientes.

10. Efectuar todos los exámenes, indagaciones y pesquisas que juzgue oportunas para la buena marcha de las investigaciones.

11. Practicar peritaciones de toda naturaleza, solicitando la colaboración de técnicos foráneos, cuando se requieran conocimientos científicos especiales, los cuales no podrá negar su cooperación. Asimismo, puede solicitar la asistencia de intérpretes, cuando fuere necesario, lo que tampoco podrán negar su

colaboración. Tales técnicos e intérpretes prestarán juramento de cumplir bien lealmente su encargo, y de guardar secreto sobre la materia en que intervinieron.

12. Proceder a los registros, allanamientos y requisas que fueren necesarias para la buena marcha de las investigaciones, con las formalidades que prescribe el Código Procesal Penal; y

13. Solicitar la colaboración de otras autoridades, las que no podrán negarla. La policía administrativa actuará siempre que no pueda hacerlo inmediatamente la judicial, pero desde que éste intervenga, la administrativa será su auxiliar. En casos urgentes o cuando cumpla órdenes de autoridades judiciales, la policía administrativa tendrá las mismas atribuciones que la judicial.

Artículo 5.- Inmediatamente después que el organismo tenga noticia de la comisión de un delito se trasladará sin demora alguna, al lugar del suceso, y dará aviso a la autoridad judicial competente; recogerá los objetos, armas e instrumentos que hubieren servido o estuvieren preparados para la comisión del hecho y cualesquiera otros que pueda servir para la investigación; y realizará todas las demás diligencias procedentes que fueren necesarias para hacer efectivo su cometido.

Artículo 6.- Cuando en el curso de una investigación se expidiere orden de presentación a una persona que tenga conocimiento de hechos o circunstancias que en cualquier forma puedan ayudar a la investigación y fuere impostergable su declaración para el éxito de la misma, se dispondrá su comparecencia en forma inmediata.

En igual forma se procederá si, habiéndosele otorgado un plazo para comparecer, no acatare a tiempo la orden, salvo justa causa.

Artículo 7.- Los miembros del Organismo no podrán abrir ni imponerse del contenido de la correspondencia que recojan para efectos de investigación, sin previa autorización del tribunal competente. En los casos urgentes podrán acudir a la autoridad judicial más cercana, la que autorizará la apertura y lectura, si lo creyere oportuno.

Artículo 8.- El Organismo practicará todas las investigaciones y diligencias que juzgue oportunas para la comprobación del delito e identificación del delincuente, observando las normas de la instrucción.

Dentro del plazo de ocho días, contados desde el inicio de la investigación, deberá remitirse a la autoridad competente las actuaciones que hubiere realizado y se pondrá a su orden los objetos e instrumentos del delito y demás pruebas materiales del caso; el tribunal podrá prorrogar prudencialmente el plazo cuando la investigación sea compleja o existan obstáculos insalvables.

Una vez enviadas las actuaciones efectuadas por el Organismo, éste continuará como auxiliar de las respectivas autoridades hasta finalizar la instrucción, pero no podrá sostener conflicto con ellas, cuyas disposiciones debe acatar.

Artículo 9.- El Organismo dejará constancia de las cosas, hechos o circunstancias de interés en la investigación, por medio de memorias, informes, diseños y cualquiera otros medios científicos, tales como fotografías fotocopias, cintas magnetofónicas, diagramas, planos, etc.

Los elementos de prueba así obtenidos deberán ser individualizados y asegurados, para efectos de garantizar la veracidad de los que hacen constar, por medio de una razón que indique lugar, día, hora y circunstancias en que se obtuvo, firmada por el funcionario funcionarios responsables de su obtención, y debidamente sellada. En casos especiales, serán además, asegurados con lacre.

Artículo 10.- Las diligencias que, según lo dicho en los artículos anteriores, practique el organismo, formarán el encabezamiento del proceso o se acumularán, a éste, si ya estuviere en curso; no necesitarán de ratificación sin perjuicio cuando lo considere pertinente.

CAPÍTULO III
Organización y financiamiento

Artículo 11.- El Organismo constará de una Dirección General y de los siguientes departamentos: 1) Departamento de Investigaciones Criminales; 2) Departamento de Medicina Legal;, 3) Departamento de Laboratorios de Ciencias Forenses.

Cada departamento constará con las secciones y oficinas que sean necesarias para su buen funcionamiento. Habrá además un Comité Asesor.

Artículo 12.- Los funcionarios y empleados del Organismo deberán ser mayores de edad y de conducta intachable. El Director, Sub-director y Secretario General deberán ser costarricenses, abogados y deberán haber efectuado estudios en la materia o tener preparación equivalente.

Los Jefes departamentales y de delegación deberán poseer título profesional universitario, salvo caso de inopia. Los investigadores deberán ser por lo menos bachilleres y someterse a los cursos y entrenamientos especiales que indique la Dirección General.

El Director, Sub-director y los Jefes departamentales son de libre elección en la Corte; los demás funcionarios y empleados serán nombrados por la Corte dentro de una terna que propondrá la Dirección General.

Artículo 13.- El Director y el Sub-director deberán rendir caución por la suma de veinte mil colones y los Jefes de Delegación por diez mil colones.

Artículo 14.- En ausencia del Director, el Sub-director asumirá sus funciones.

El Jefe de Sección de nombramiento más antiguo en el respectivo departamento, sustituirá al Jefe de éste en sus ausencias e impedimentos.

Artículo 15.- El Director, Sub-director, Jefes, Oficiales y demás funcionarios del Organismo no son recusables; pero deben separarse del conocimientos de los asuntos en que les corresponda intervenir, cuando lo comprenda alguna causa de impedimento o recusación de las que señala la Ley Orgánica del Poder Judicial para los funcionarios que administran justicia. En este caso, el Sub-director sustituirá al Director, y si aquel tampoco puede actuar, la sustitución se hará con el Jefe del Departamento de Investigaciones Criminales.

El Presidente de la Corte resolverá discrecionalmente y sin más trámite, las excusas del Director y éste, en igual forma, las de sus subalternos.

CAPÍTULO IV
De la Dirección General

Artículo 16.- La Dirección General es el órgano jerárquico superior del Organismo de Investigación Judicial, y estará formado por el Director y el Sub-director.

Artículo 17.- Son funciones de la Dirección General:

1. Velar por el cumplimiento de esta ley y sus reglamentos y por el buen funcionamiento de todas las dependencias del Organismo.
2. Atender las relaciones del Organismo con las demás instituciones públicas o privadas y dar a la prensa las informaciones que estime convenientes.
3. Fijar, dentro del marco que le señalen la Ley y la Corte Suprema de Justicia, la política y demás directrices relativas a la actuación y funcionamiento del Organismo.
4. Fijar las normas internas de administración, trabajo y disciplina de todas las dependencias del Organismo.
5. Confeccionar el Anteproyecto de Presupuesto.
6. Determinar los casos en que habrá que proceder por iniciativa propia del Organismo, a investigar delitos de acción pública.
7. Aplicar el régimen disciplinario, cuando le corresponda.
8. Estimular al personal para el adecuado y eficiente cumplimiento de sus deberes, por los medios más recomendables para propiciar su superación;

y

9. Todas las demás que señalen esta ley y sus reglamentos.

Artículo 18.- La Dirección General podrá cambiar discrecionalmente de adscripción a todo el personal del Departamento de Investigaciones Criminales, excepción hecha de su Jefe. Iguales facultades tendrá la Dirección General en cuanto al personal de las Delegaciones. Tales cambios los pondrá en conocimiento de la Corte para lo que corresponda.

CAPITULO V
Del Comité Asesor

Artículo 19.- El Comité Asesor del Organismo, estará integrado por el Director general, quien lo presidirá, el Sub-director, el Secretario General y los jefes Departamentales.

Artículo 20.- El Comité Asesor se reunirá ordinariamente, por lo menos una vez al mes y, extraordinariamente, cuando el Director General lo convoque.

Artículo 21.- El Comité Asesor será el cuerpo consultor de la Dirección General y tendrá las siguientes funciones:

1. Recomendar los cambios en la estructura interna del
2. Organismo que las circunstancias aconsejen.
3. Recomendar los planes y programas a desarrollar por el Organismo.
4. Coadyuvar en la elaboración del Anteproyecto del presupuesto.
5. Realizar los estudios que la Dirección General le encomiende.
6. Dar su opinión en aquellas materias que la Dirección General someta a su conocimiento.
7. Recomendar las medidas necesarias para preservar el prestigio y moral del Organismo; y
8. Cualquier otra que le señalen los reglamentos.

CAPÍTULO VI
De la Secretaría General

Artículo 22.- La Secretaría General del Organismo es dependencia directa e inmediata de la Dirección. Contará con los Prosecretarios y demás personal administrativo que se requieran para el buen funcionamiento. Dependerán de ésta las siguientes oficinas: Archivo Criminal, Recepción de Denuncias, Comunicaciones, Museo, Depósito de Objetos y cualquier otra que así lo establezca el respectivo reglamento.

Artículo 23.- Son funciones de la Secretaría General:

1. Servir de enlace entre la Jefatura y los Departamentos, Secciones, Oficinas y Delegaciones del Organismo.
2. Recibir con los que la ley exige, y por medio de la respectiva Oficina, las denuncias que los interesados hagan directamente ante el Organismo.
3. Trasladar de inmediato a la Dirección General las denuncias a que se refiere el inciso anterior e informar, dentro de las veinticuatro horas siguientes, a la respectiva autoridad instructora, acerca de la existencia de ellas, indicando si hay detenidos.
4. Extender las certificaciones y constancias que se le soliciten por parte de los interesados, autoridades judiciales o funcionarios públicos.
5. Distribuir con presteza, entre los diferentes Departamentos, Delegaciones u Oficinas del Organismo, las diligencias o encargos que le haga la Dirección General, en averiguación de los delitos.
6. Disponer, a la brevedad posible, las capturas y presentaciones que le soliciten los investigadores y auxiliares del propio Organismo o las que requieran de éste las autoridades judiciales; y
7. Todas las demás que señalen esta ley y sus reglamentos.

Artículo 24.- Si el Secretario General no pudiere actuar por ausencia o impedimento, será suplido por Prosecretario y, cuando hubiere más de uno, por el que indique la Dirección General.

CAPÍTULO VII

Del Departamento de Investigaciones Criminales

Artículo 25.- El Departamento de Investigaciones Criminales será el encargado de efectuar las pesquisas necesarias para el esclarecimiento de los hechos cuyo conocimiento corresponda al Organismo. Además, colaborará con los tribunales localizando, citando, presentando o capturando a las personas que aquellos le indiquen, cuando se hubiesen agotado los demás medios de que disponen las autoridades judiciales para esos efectos.

Artículo 26.- Corresponderá al Jefe de Departamento dar asesoramiento e instrucciones acerca de los métodos para llevar a cabo las labores.

Supervisará el ingreso de los detenidos a fin de determinar si procede su detención, y que no se les retenga por más tiempo del permitido por la ley.

Artículo 27.- Los agentes de investigación deberán actuar con discreción, procurando mantener en la mayor reserva su identidad, deberán además guardar absoluto secreto con respecto a las investigaciones en que intervengan, para

evitar que éstas trasciendan al público.

Los informes a la prensa, relativos a investigaciones que el Organismo realiza, se darán exclusivamente a través de la Dirección General o de la Oficina que señale el respectivo reglamento.

Artículo 28.- Los agentes de investigación, previa identificación en el desempeño de sus funciones, tendrán libre acceso a los centros, establecimientos de reunión y de espectáculos públicos en toda la República. Y gozarán de pasajes gratuitos en toda empresa del Estado o de sus instituciones.

Artículo 29.- La Sección de Menores deberá contar con el personal especializado en la materia, a cuyo cargo estará la entrevista técnica de los menores presuntos autores de hechos delictivos. Dicha entrevista no tendrá, en ninguna forma, carácter de indagatoria y el acta respectiva deberá ser firmada por el menor y su curador.

Artículo 30.- Salvo cuando se trate de hechos graves los menores infractores primarios, después de haber rendido la entrevista de ley, podrán quedar bajo custodia provisional de los padres, tutores o encargados, quienes deberán presentarlos ante el Organismo o a la Autoridad Judicial, correspondiente dentro del término legal que al efecto se le señale por escrito, bajo apercibimiento de ser juzgados por desobediencia a la autoridad, en caso de quien incumplieren la orden de presentación mencionada.

CAPÍTULO VIII
Del Departamento de Medicina Legal y del Consejo Médico Forense

Artículo 31.- El Departamento de Medicina Legal será encargado de ejecutar los exámenes y evaluar las respectivas consultas médico-forenses, en los casos cuyo conocimiento corresponda al Organismo.

Artículo 32.- El Jefe del Departamento, los Jefes de Sección y los demás médicos del Organismo, deberán ser especialistas en Medicina Legal, salvo casos de inopia, en que esos puestos deben ser ocupados por médicos especializados en otras ramas de la medicina, afines al respectivo cargo.

Artículo 33.- Corresponderá al Jefe del Departamento dar instrucciones acerca de los métodos para llevar a cabo las distintas labores y refrendar los informes y dictámenes que rindan los médicos de las diferentes secciones.

Artículo 34.- Habrá un Consejo Médico Forense, al cual corresponderá dictaminar en grado de tales, las cuestiones médico-legales que se susciten en los procesos, cuando para ello sea requerido por los tribunales de oficio, o a solicitud de parte. Esto último deberá hacerse a través del respectivo recurso de apelación, el cual se interpondrá ante el mismo tribunal que conoce de la causa, dentro de los ocho días siguientes a aquel en que se notifique el dictamen de las partes.

Artículo 35.- El Consejo Médico Forense estará integrado por el Jefe del Departamento, quien lo presidirá, y por los jefes de la Sección. Cuando el número de sus miembros no fuere impar, el Consejo se integrará, además, con uno de los restantes médicos del Departamento, designado periódicamente por sorteo.

Artículo 36.- Las decisiones se tomarán con la concurrencia de todos sus miembros y por mayoría absoluta de votos. Si no hubiere voto de mayoría, el resultado se comunicará al respectivo tribunal.

Artículo 37.- Los Médicos Forenses que formen parte de las Delegaciones Regionales del Organismo serán los encargados de efectuar, bajo su exclusiva responsabilidad profesional, los exámenes y evaluar las consultas médico-legales en los asuntos que conozcan los tribunales del circuito respectivo.

Si en la respectiva Delegación no hubiera Jefe Médico, sus informes y dictámenes no requieren refrendo alguno, pero en todo caso, deben ser expedidos a través de la Jefatura de la Delegación.

De estos dictámenes e informes conocerá el Consejo Médico Forense, cuando para ello sea requerido por el tribunal competente, conforme a la regla general.

CAPÍTULO IX
Del Departamento de Laboratorio de Ciencias Forenses

Artículo 38.- El Departamento de Laboratorios será el encargado de practicar los peritajes, llevar a cabo los estudios y evacuar las consultas relativas a las ciencias forenses en todo aquellos asuntos que competa conocer el Organismo.

Artículo 39.- Corresponderá al Jefe del Departamento dar asesoramiento e instrucciones acerca de los métodos para llevar a cabo las distintas labores y refrendar los informes y dictámenes emanados de las secciones a su cargo.

CAPÍTULO X
Del Archivo Criminal

Artículo 40.- El Archivo Criminal estará a cargo de un experto en la

materia. Contará con las fichas y demás documentos, debidamente clasificados, de todas las personas que en alguna oportunidad haya comparecido ante las autoridades en calidad de presuntos responsables de hechos punibles, y asimismo, con las que enviaren las autoridades nacionales y extranjeras.

Artículo 41.- Toda la información que contenga el Archivo Criminal tendrá carácter confidencial y será uso del Organismo y de las demás autoridades.

CAPÍTULO XI
Museo Criminal

Artículo 42.- El Museo Criminal estará organizado en forma tal que, a más de preservar los objetos y datos más sobresalientes relacionados con la criminalidad, sea fuente de información de donde los miembros del Organismo de Investigación Judicial y los alumnos de la Escuela de Capacitación del Poder Judicial extraigan las enseñanzas útiles a sus funciones.

Artículo 43.- Los tribunales penales estarán obligados a remitir al Organismo de Investigación Judicial, una vez fenecida la causa respectiva, todas las armas que hayan caído en decomiso, de las cuales se seleccionarán las que a juicio del citado organismo deben pasar a formar parte del Museo, cuando no fuere del caso proceder a su destrucción, serán enviadas, si se tratare de armas de fuego, al Ministerio de Seguridad Pública, y las demás al Juzgado Penal de Hacienda, para que proceda de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 46.

Artículo 44.- En relación a los demás objetos caídos en decomiso, los tribunales penales procederán a dar aviso al Museo del Organismo, el cual podrá solicitar su remisión cuando lo estimare convenientemente.

CAPÍTULO XII
De la Oficina de Depósito de Objetos

Artículo 45.- La Oficina de Depósito de Objetos será la encargada de custodiar, debidamente ordenados o individualizados, los objetos y demás pruebas decomisadas, que como consecuencia de las investigaciones, llegaren al Organismo; velará porque se mantengan en buen estado y las hará figurar en el respectivo inventario.

Artículo 46.- Los objetos a que se refiere el artículo anterior, que no fuere del caso ponerlo a la orden de ningún tribunal, podrán ser subastados por el Juzgado Penal de Hacienda, si dentro de los dos años siguientes a su ingreso no fueren reclamados por sus legítimos propietarios.

Artículo 47.- Si no fuere procedente ordenar la subasta, a juicio de la Dirección General, tales objetos podrán ser donados a instituciones públicas, o bien destinados al Museo del Organismo, cuando tuvieren valor criminológico.

Artículo 48.- No obstante lo expuesto en el artículo 46, cuando se tratare de bienes perecederos, podrá procederse a la subasta sin esperar el transcurso del plazo señalado y el producto de la misma se depositará en la cuenta bancaria, por el término dicho, para responder a la eventual reclamación de quien probare ser su legítimo propietario. Si no pudiere realizarse la subasta, los respectivos objetos serán enviados a una institución de beneficencia.

CAPÍTULO XIII
Régimen Disciplinario

Artículo 49.- Los servidores del Organismo quedan sometidos al régimen disciplinario que se establece en los artículos siguientes, de acuerdo con los respectivos reglamentos.

Artículo 50.- Las sanciones disciplinarias imponibles a los servidores del organismo serán las siguientes:

1. Apercibimiento
2. Reprensión
3. Suspensión hasta por un mes
4. Descenso en el escalafón respectivo; y
5. Revocatoria del nombramiento.

Artículo 51.- Corresponderá a la Dirección General la imposición de las sanciones, excepto la de revocatoria del nombramiento, la cual sólo podrá ser aplicada por la Corte Plena. A este tribunal corresponderá sancionar las faltas que cometan el Director General, el Sub-director, el secretario general y los jefes departamentales.

CAPÍTULO XIV
Disposiciones Generales

Artículo 52.- La Corte Suprema de Justicia podrá permitir la docencia universitaria, teórica y práctica de la materia Medicina Legal, Criminología y Ciencias Forenses en los distintos departamentos del Organismo, siempre que

con ello no se obstaculicen las labores que a éste corresponden.

Artículo 53.- Los Jefes departamentales y de Delegación son responsables de la marcha de las oficinas a su cargo y actuarán bajo la dependencia inmediata de la Dirección General. Asimismo,le corresponderá distribuir y coordinar el trabajo de las respectivas secciones.

Artículo 54.- Los Jefes de los departamentos serán los directores y los coordinadores, en el área respectiva, de las funciones técnicas a cargo de las distintas Delegaciones Regionales.

Artículo 55.- Los Jefes de Sección de los departamentos de Medicina Legal y de Laboratorios de Ciencias Forenses se considerarán peritos oficiales de los tribunales para practicar los exámenes y reconocimientos que éstos le ordenen. Se juramentarán al asumir su cargo. Sus dictámenes se reputarán auténticos; no necesitarán del trámite de ratificación ni recibirán honorarios por su peritación.

Artículo 56.- En todo peritaje, siempre que fuere posible se dejará a la orden de la respectiva autoridad una muestra de las cosas que fueron objeto de examen de modo que la prueba pueda repetirse.

Sin con el motivo del examen fuere necesario destruir o alterar los objetos que deben analizarse, antes de proceder a ello, se solicitará la respectiva autorización a la autoridad que ordenó el peritaje.

Artículo 57.- Todo dictamen se pedirá por escrito y contendrá:

1. La descripción detallada de la persona, objeto o hecho examinado, tal como hubiere sido hallado, observado o recibido;
2. Una reseña de la técnica empleada, de las operaciones efectuadas, de la fecha en que éstas se practicaron y de sus resultados; y
3. Las conclusiones a que llegó.

Artículo 58.- Además de la Policía Administrativa, se consideran auxiliar de la Policía Judicial:

1. Los cónsules y vice-cónsules de Costa Rica en el extranjero;
2. Las autoridades de migración, aduanas y tránsito;
3. Los capitanes, oficiales y patrones de embarcaciones mercantes, nacionales y extranjeras que navegan en el mar territorial costarricense; los pilotos y demás tripulantes; los pilotos nacionales y extranjeros, que se encuentran o arriben a aeropuertos nacionales; los conductores y demás personal de trenes; los jefes y demás personal de estaciones ferroviarias y aeropuertos; los conductores y otros empleados de empresas de transporte que operen en el territorio nacional; y

4. Los directores, guardianes y demás empleados de las cárceles, presidios y otros establecimientos públicos o privados de reclusión de adultos o menores.

Artículo 59.- Los miembros de la Policía Administrativa y demás personal que deban auxiliar a la Policía Judicial, que le nieguen la cooperación debida a una autoridad judicial o en alguna forma obstaculicen su labor, serán sancionado con las penas establecidas para el delito de incumplimiento de deberes de funcionarios públicos.

Artículo 60.- La Corte Plena determinará los distintivos que usarán en forma exclusiva los agentes de investigación de Organismo como medio de demostrar su identidad. El que hiciere uso de tales distintivos, sin estar debidamente facultado para ello, será reprimido con prisión de tres meses a un año.

Artículo 61.- Los servidores del Organismo de Investigación Judicial se considerarán comprendidos dentro de los casos de excepción que establece el artículo 579 del código de Trabajo.

Artículo 62.- Los agentes de investigación estarán protegidos por un seguro contra riesgos profesionales. Igualmente lo estará el personal del Organismo que realice labores insalubres o peligrosas, esto es a juicio de la Corte Plena.

Artículo 63.- Esta ley rige a partir de su publicación y deroga la Ley Nº 3265 del 6 de febrero de 1964 y sus reformas, el artículo 39 del Código Sanitario, así como cualquiera otra disposición que se le oponga o impida su ejecución.

CAPÍTULO XV
Disposiciones Transitorias

Artículo I.- El Organismo Médico Forense, en virtud de la reestructuración que establece la presente ley, quedará integrado al Organismo de Investigación Judicial.

Se considera que no existe solución de continuidad en los contratos de trabajo de los servidores que, por este motivo, pasen del primero al segundo de los organismos citados.

Artículo II.- En los lugares en donde no hubiere Delegación Regional, seguirán atendiendo las cuestiones Médico-Forenses los médicos oficiales, los cuales actuarán bajo su exclusiva responsabilidad profesional, pero quedarán obligados a acatar las directrices y procedimientos que en materia técnica señala

para todo el país el Departamento de Medicina Legal del Organismo.

Artículo III.- El requisito de ser bachiller, que establece el artículo 12 de esta ley para los investigadores no se aplicará a los Miembros del Organismo Médico Forense que pasen a ocupar estos puestos en el organismo de Investigación Judicial.

Asamblea legislativa. San José, a los veintiséis días del mes de abril del año de mil novecientos setenta y cuatro.

ESTATUTOS DE INSTITUTO CIENCIAS FORENSES DE PUERTO RICO
LEY NUM. 13, 24 DE JULIO, 1985

201. Instituto de Ciencias Forenses.
CAPITULO 201
INSTITUTO DE CIENCIAS FORENSES
ANALISIS DE SECCIONES
3001. Título corto.
3002. Definiciones.
3003. Creación.
3004. Junta Directora.
3005. Funciones.
3006. Jurisdicción.
3007. Personal y organización.
3008. Junta Directora; funciones.
3009. Director; funciones.
3010. Personal; clasificación y retribución.
3011. Investigación de causa de muerte - Circunstancias.
3012. —Autopsia mandatoria.
3013. —Autopsia a solicitud de autoridades investigadoras.
3014. Otros servicios investigativos.
3015. Casos de muerte - Informe al médico forense.
3016. —Deber de informar de toda persona; penalidad.
3017. —Investigación del lugar de los hechos por el Instituto.
3018. —Notas sobre la investigación preliminar.
3019. —Levantamiento del cadáver.
3020. —Resultados de la autopsia.
3021. Declaraciones juradas.
3022. Reglas y procedimientos.
3023. Archivo de casos; conservación; inspección.
3024. Custodia de objetos personales del finado.
3025. Disposición del cadáver.
3026. Conservación de muestras de tejidos y otra evidencia.
3027. Admisibilidad en evidencia de los informes del Instituto.
3028. Copia de récord médico acompañará casos referidos al Instituto.

3029. Sede del Instituto.
3030. Demarcaciones territoriales servidas por las diversas oficinas y laboratorios.
3031. Horario de operación.
3032. Otras instituciones - Arreglos.
3033. —Servicios.
3034. Médicos; obligación de practicar autopsias.
3035. Personal profesional; prohibición de participar como peritos privados.
3036. Exámenes médicos periódicos al personal.
§ 3001. Título corto.
Texto de los Estatutos
Este Capítulo se conocerá como "Ley del Instituto de Ciencias Forenses de Puerto Rico".
Historial
(Julio 24, 1985, Núm. 13, p. 735, art. 1, ef. Julio 1, 1985.)
Anotaciones
HISTORIAL
Exposición de motivos.
Véase Leyes de Puerto Rico de:
Julio 24, 1985, Núm. 13, p. 735.
Derogaciones. El art. 40 de la Ley de Julio 24, 1985, Núm. 13, p. 735, dispone: "Se derogan las siguientes disposiciones de ley: (a) Ley Número 5 de 21 de noviembre de 1978, según enmendada [secs. 851 a 851hh del Título 18], y cualquier ley o disposición incompatible con ésta."
Este artículo, tal como se aprobó, solamente tiene inciso (a).
Separabilidad. El art. 38 de la Ley de Julio 24, 1985, Núm. 13, p. 735, dispone: "La declaración judicial de inconstitucionalidad de cualquier parte de esta ley [este Capítulo] no afectará la validez de sus restantes disposiciones."
Transferencias. El art. 37 de la Ley de Julio 24, 1985, Núm. 13, p. 735, dispone: "Traslado de Personal, Equipo y Facilidades del Laboratorio de la Policía Estatal de Puerto Rico, Instituto de Medicina Forense y de la División de Servicios Técnicos del Negociado de Investigaciones Especiales, al Instituto de Ciencias Forenses de Puerto Rico.
"Al entrar en vigor esta ley [Julio 1, 1985], el personal adscrito al Laboratorio Criminal de la Policía de Puerto Rico y del Instituto de Medicina Forense de Puerto Rico y de la División de Servicios Técnicos del Negociado de Investigaciones Especiales será evaluado por el Director del Instituto, quien determinará cuáles de sus empleados pasarán a formar parte del Instituto. Por recomendación del Director, la Junta aprobará los empleados que van a pasar de las instituciones antes mencionadas al Instituto. Los derechos de los empleados que no se trasladen al Instituto deberán ser protegidos de acuerdo con la Ley de Personal [del Servicio Público, secs. 1301 a 1431 del Título 3] en el Recinto de Ciencias Médicas y en la Policía de Puerto Rico y el Negociado de Investigaciones Especiales.

"También pasará a formar parte del Instituto de Ciencias Forenses de Puerto Rico todo el equipo, materiales, archivos, récord y facilidades del Laboratorio Científico de la Policía de Puerto Rico y del Negociado de Investigaciones Especiales así como las asignaciones presupuestarias y otros recursos disponibles. En años subsiguientes, los fondos necesarios para el funcionamiento del Instituto de Medicina Forense y la implantación de esta ley [este Capítulo] se consignarán en la Resolución Conjunta del Presupuesto de Gastos del Gobierno del Estado Libre Asociado de Puerto Rico. Los fondos se utilizarán exclusivamente para la operación del Instituto y la implantación de esta ley [este Capítulo]. Serán administrados por el Director del Instituto con la supervisión de la Junta Directora del Instituto de Ciencias Forenses de Puerto Rico.

"La transferencia de estos recursos se llevará a cabo en forma paulatina, coordinada y organizada por las agencias concernidas, de manera que no se afecten los servicios que al presente se prestan."

Interpretación con otras leyes. El art. 39 de la Ley de Julio 12, 1985, Núm. 13, p. 735, dispone:

"Alcance de esta ley [este Capítulo] respecto a la "Ley de Donaciones Anatómicas'.

"La Ley Núm. 11 de 15 de abril de 1974, según enmendada [secs. 731 et seq. del Título 18], conocida como 'Ley de Donaciones Anatómicas', que dispone todo lo relacionado a la obtención de tejidos u órganos con el propósito de ser donados continuará aplicándose de acuerdo con sus términos siempre y cuando no interfiera con la ejecución de la autopsia o la investigación a ser realizada por el Instituto."

§ 3002. Definiciones.

Texto de los Estatutos

Para los propósitos de este Capítulo los siguientes términos tendrán el significado que a continuación se expresa:

(a) "Instituto" - Instituto de Ciencias Forenses de Puerto Rico.

(b) "Junta" - Junta Directora del Instituto de Ciencias Forenses de Puerto Rico.

(c) "Director" - Director del Instituto de Ciencias Forenses de Puerto Rico.

(d) "Científico forense" - toda persona que haya obtenido un grado académico superior especializado en el análisis científico de evidencia utilizable en la investigación criminal y en la administración de la justicia que sea versado en el estudio y la aplicación de cualquiera de las disciplinas comprendidas bajo las ciencias forenses.

Historial

(Julio 24, 1985, Núm. 13, p. 735, art. 2, ef. Julio 1, 1985.)

Anotaciones

ANOTACIONES

1. En general. Se define "interfecto" como la persona muerta violentamente. Op. Sec. Just. Núm. 4 de 1990.

"Viudo" es la persona a quien se le ha muerto su cónyuge y no ha vuelto a casarse. Op. Sec. Just. Núm. 4 de 1990.
§ 3003. Creación.
Texto de los Estatutos
Se crea el Instituto de Ciencias Forenses de Puerto Rico como una entidad autónoma.
Historial
(Julio 24, 1985, Núm. 13, p. 735, art. 3, ef. Julio 1, 1985.)
§ 3004. Junta Directora.
Texto de los Estatutos
La Junta Directora que se crea tendrá la responsabilidad de establecer la política administrativa y operacional del Instituto de Ciencias Forenses de Puerto Rico. Estará integrada por el Secretario de Justicia, quien la presidirá; por el Comisionado de Seguridad y Protección Pública, por el Rector de Ciencias Médicas, por el Administrador de los Tribunales, por el Secretario de Salud y por tres (3) miembros adicionales, nombrados por el Gobernador, con el consejo y consentimiento del Senado de Puerto Rico. Sin embargo, cuando el Comisionado de Seguridad y Protección Pública y el Superintendente de la Policía no sean una misma persona, se deberá nombrar al Superintendente como miembro adicional de la Junta, dada la estrecha relación de trabajo entre la Policía y el Instituto de Ciencias Forenses. Estos tres (3) miembros deberán ser personas de reconocida capacidad, uno de los cuales será un abogado, el otro un médico y el tercero un ciudadano particular en representación del interés público. El Comisionado de Seguridad y Protección Pública, el Rector de Ciencias Médicas, el Administrador de los Tribunales y el Secretario de Salud podrán designar un funcionario del más alto nivel para que los representen en las reuniones de la Junta Directora. Dicho funcionario deberá tener las mismas facultades para la toma de decisiones que tiene el Jefe de Agencia o Secretario que lo haya designado por escrito. También ese funcionario designado deberá ser la misma persona que asista a todas las reuniones a los fines de dar continuidad a los asuntos tratados por esta Junta.
Historial
(Julio 24, 1985, Núm. 13, p. 735, art. 4; Agosto 12, 1994, Núm. 72, art. 1 ef. Agosto 12, 1994.)
Anotaciones
HISTORIAL
Enmiendas—1994. La ley de 1994 añadió, en el primer párrafo, la disposición sobre nombramiento del Superintendente como miembro adicional de la Junta en el caso en que el Comisionado de Seguridad y Protección Pública y el Superintendente de la Policía no sean una misma persona.
Añadió, además, la disposición sobre designación de un funcionario de más alto nivel para representar al Comisionado, al Rector de Ciencias Médicas, al Administrador de los Tribunales y al Secretario de Salud en las reuniones de la Junta Directora.

Exposición de motivos.
Véase Leyes de Puerto Rico de: Agosto 12, 1994, Núm. 72.
Contrarreferencias. Ciencias Médicas, Rector del Recinto de, véase la sec. 606 del Título 18.
Justicia, Secretario de, véase la sec. 71 del Título 3.
Policía, Superintendente de, véase la sec. 1004 del Título 25.
Salud, Secretario de, véase la sec. 171 del Título 3.
Tribunales, Administrador de, véase la sec. 331 del Título 4.
§ 3005. Funciones.
Texto de los Estatutos
El Instituto de Ciencias Forenses de Puerto Rico tendrá las siguientes funciones:
(a) Investigar, con el objeto de determinar la causa, la manera y las circunstancias de la muerte de cualquier persona cuyo deceso se produzca bajo alguna de las situaciones especificadas en este Capítulo.
(b) En estrecha colaboración con la Oficina de Investigación y Procesamiento Criminal del Departamento de Justicia, la Policía de Puerto Rico, o con cualquier otra agencia o negociado pertinente, así como cuando le sea requerido por los tribunales de Puerto Rico, llevará a cabo los exámenes necesarios en el área de las ciencias forenses y la criminología y en la investigación y tramitación de cualquier caso criminal en que sus servicios fueren necesarios. Podrá además brindar servicios a otras agencias o instrumentalidades del Estado Libre Asociado, guardias municipales, agencias federales y otras jurisdicciones que así se lo soliciten.
(c) Contratar los servicios profesionales que sean necesarios para cumplir su encomienda, sin sujeción a las escalas de clasificación y retribución de personal.
(d) Estimular el desarrollo de patólogos forenses, científicos forenses, técnicos forenses y criminólogos. A tales fines, el Instituto desarrollará en coordinación con el Recinto de Ciencias Médicas un programa docente en las materias médico-científicas y criminológicas tanto a nivel graduado como a nivel post graduado. Las personas que aprueben satisfactoriamente dichos programas recibirán los grados universitarios o los certificados que correspondan. Además, creará un programa de becas para estudios avanzados en instituciones técnicas profesionales y educativas dentro y fuera de Puerto Rico. Desarrollará, además, un programa de adiestramiento al personal de las diferentes unidades investigativas de las agencias.
(e) Efectuar investigaciones científicas y tecnológicas en los campos de las ciencias forenses.
(f) Asesorar, cuando fuere necesario, a todas las instrumentalidades del Estado Libre Asociado de Puerto Rico sobre los asuntos de su jurisdicción.
(g) Colaborar con todas las instrumentalidades pertinentes del Estado Libre Asociado de Puerto Rico en la divulgación de tópicos científico-forenses de su jurisdicción, incluyendo, pero sin estar limitado a procedimientos investigativos y métodos y técnicas científicas con el propósito de prevenir, investigar y combatir el crimen y los accidentes.

(h) Recopilar, organizar, conservar y publicar datos y estadísticas sobre las materias del Instituto.
(i) Adoptar un sello oficial del cual se tomará conocimiento judicial.
(j) Preparar y administrar su presupuesto.
(k) Aceptar y recibir cualesquiera donaciones o cualquier otro tipo de ayuda en dinero, bienes o servicios, que provenga de personas o instituciones particulares y administrarla conforme a los términos de la donación y de la ley.
(l) Solicitar y obtener ayuda o asistencia en dinero, bienes o servicios del Gobierno de los Estados Unidos, los estados federados, el Gobierno del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, o cualquiera de sus agencias, corporaciones públicas o subdivisiones políticas, para los propósitos de este Capítulo de conformidad con la legislación, reglamentación, acuerdo o contrato aplicable.
Historial
(Julio 24, 1985, Núm. 13, p. 735, art. 5, ef. Julio 1, 1985.)
Anotaciones
HISTORIAL
Contrarreferencias. Ciencias Médicas, Recinto de, véase la sec. 603 del Título 18.
Policía de Puerto Rico, véanse las secs. 1001 et seq . del Título 25.
§ 3006. Jurisdicción.
Texto de los Estatutos
El Instituto prestará sus servicios a toda la demarcación territorial de Puerto Rico.
Historial
(Julio 24, 1985, Núm. 13, p. 735, art. 6, ef. Julio 1, 1985.)
§ 3007. Personal y organización.
Texto de los Estatutos
El personal del Instituto consistirá de un Director, quien será un Científico Forense cualificado, Patólogos Forenses, Patólogos Auxiliares, Médicos Forenses Auxiliares, Químicos Forenses, Tecnólogos Forenses, Examinadores de Documentos Dudosos, Examinadores de Armas de Fuego, Técnicos de Fotografía y el personal científico, técnico y administrativo que sea necesario para desempeñar las funciones que se fijan en este Capítulo. Hasta donde sea posible, el Instituto conducirá sus funciones organizándose operacionalmente en secciones técnicas las cuales pueden ser, sin que la enumeración sea exhaustiva, las siguientes: sección de patología forense, sección de toxicología, sección de serología, sección de química, sección de fotografía, sección de identificación, sección de documentos dudosos, sección de identificación de armas de fuego, sección de sustancias controladas, sección de dibujo técnico-criminal, sección de almacenamiento y control de evidencia.
Todo el personal del Instituto rendirá sus funciones en las facilidades físicas del Instituto o en investigaciones de campo.
El Director del Instituto será el Científico Forense de Puerto Rico.
Historial

(Julio 24, 1985, Núm. 13, p. 735, art. 7, ef. Julio 1, 1985.)
§ 3008. Junta Directora; funciones.
Texto de los Estatutos
La Junta del Instituto de Ciencias Forenses de Puerto Rico tendrá las siguientes funciones:
(a) Formulará la política específica para la operación del Instituto de Ciencias Forenses.
(b) Supervisará y evaluará la operación del Instituto.
(c) Aprobará la petición presupuestaria anual y cualquier otro tipo de petición de fondos que surja del Instituto.
(d) Establecerá las cualificaciones mínimas para el nombramiento de los empleados profesionales del Instituto.
(e) Nombrará el Director del Instituto y evaluará su labor.
(f) Confirmará las designaciones que haga el Director del Instituto de los directores de secciones o departamentos y del personal profesional.
(g) Formulará la reglamentación necesaria, compatible con las disposiciones de este Capítulo, para definir las funciones de las secciones o departamentos y del personal profesional, técnico y administrativo del Instituto.
(h) Requerirá los informes y datos estadísticos que de tiempo en tiempo entienda necesarios.
(i) Someterá al Gobernador y a la Asamblea Legislativa un informe anual sobre las operaciones del Instituto.
(j) Celebrará reuniones ordinarias mensualmente y todas las reuniones extraordinarias que a su entender sean necesarias para la operación más eficiente del Instituto. La Junta seleccionará el lugar de sus reuniones, excepto que por lo menos dos (2) veces al año se reunirá en facilidades del Instituto.
Historial
(Julio 24, 1985, Núm. 13, p. 735, art. 8, ef. Julio 1, 1985.)
§ 3009. Director; funciones.
Texto de los Estatutos
El Director dirigirá las operaciones y funciones del Instituto y desempeñará su cargo mientras goce de la confianza de la Junta.
Podrá delegar en funcionarios o empleados del Instituto cualquier función o facultad que le haya sido conferida, excepto aquellas facultades que por disposición de este Capítulo comparte con, o requieren aprobación de la Junta Directora.
Asignará las labores administrativas a base de criterios que permitan el uso más eficaz de los recursos humanos, considerando entre otros los siguientes factores: asignación y distribución racional de funciones; distribución de poder a tono con las responsabilidades; selección acertada del personal; proveer recursos a tono con las necesidades del Instituto y sus secciones.
Historial
(Julio 24, 1985, Núm. 13, p. 735, art. 9, ef. Julio 1, 1985.)
§ 3010. Personal; clasificación y retribución.

Texto de los Estatutos
El Instituto será un administrador individual conforme lo establece la Ley de Personal del Servicio Público, secs. 1301 et seq . del Título 3.
Las escalas de clasificación y retribución del personal del Instituto se establecerán tomando en consideración las complejidades de las funciones, preparación académica y experiencia requeridas para cada uno de los puestos necesarios para el funcionamiento del Instituto. Cualesquiera funcionarios o empleados que fueren transferidos al Instituto retendrán el status y los derechos que tenían al momento de la transferencia, al amparo de la legislación y reglamentación vigente y retendrán, además, cualquier sistema de retiro o fondo de pensiones que la ley prescribe para funcionarios y empleados que ocupen posiciones similares en el Gobierno Estatal.
Las clasificaciones que ostenten los empleados que sean transferidos en virtud del Artículo 37 serán reclasificados a tono con las clasificaciones que adopte el Instituto. En ningún caso esta reclasificación podrá ser inferior en niveles de complejidad, deberes, requisitos para ocupar el puesto y escala de retribución a los que ostenten los puestos al momento de la transferencia.
Historial
(Julio 24, 1985, Núm. 13, p. 735, art. 10, ef. Julio 1, 1985.)
Anotaciones
HISTORIAL
Referencias en el texto. El “Artículo 37”, citado en el texto, aparece como nota bajo la sec. 3001 de este título.
§ 3011. Investigación de causa de muerte - Circunstancias.
Texto de los Estatutos
(a) Será deber del Instituto de Ciencias Forenses investigar con el objeto de determinar la causa y manera de la muerte de cualquier persona cuyo deceso acaeciere bajo cualquiera de las siguientes circunstancias:
(1) Como resultado de actos delictivos o que levanten sospecha de haberse cometido un delito.
(2) Como resultado de cualquier accidente o acto de violencia o subsiguiente a éstos, independientemente de la naturaleza o el intervalo de tiempo entre éstos y la muerte, si se puede razonablemente sospechar que hay relación entre el accidente o el acto de violencia y la muerte.
(3) Como resultado de envenenamiento o sospecha de tal.
(4) Estando bajo custodia de agentes de la Policía o del orden público, en prisión o como resultado de enfermedad o lesión surgida en prisión, o sospecha de tal.
(5) Como resultado o en relación con el empleo de la persona.
(6) Como resultado de intoxicación aguda con alcohol, narcóticos, o cualquier otra droga o sustancia controlada, o sospecha de tal.
(7) Cuando fuese por suicidio o sospecha de tal.
(8) Cuando en el curso de una autopsia que originalmente no se consideró médico-legal, el patólogo descubriere algún indicio o surgiere alguna sospecha

de que la muerte ha ocurrido por la comisión de un acto delictivo. En tal caso dicho patólogo deberá suspender la autopsia e inmediatamente notificar sus sospechas al Científico Forense.
(9) Cuando ocurriere repentina o inesperadamente, mientras la persona gozaba de relativa o aparente buena salud.
(10) Cuando ocurriere durante o luego de un aborto o parto, o sospecha de tal.
(11) Cuando el médico que hubiere asistido a dicha persona en vida no pudiera razonablemente establecer que su muerte se debió a causas naturales.
(12) Cuando ocurriere durante o luego de procedimientos quirúrgicos, diagnósticos o terapéuticos o cuando estuviere bajo anestesia o recobrándose de ésta.
(13) Cuando sobreviniere durante el curso de una enfermedad si hay sospecha que factores extraños a dicha enfermedad hubieren contribuido a la muerte.
(14) Cuando ocurriere en una casa de convalecencia, asilo, "establecimiento" según se define en los incisos (2), (3), (4), (5) y (8) de la sec. 353 del Título 8, o institución similar, ya sea estatal, municipal o privada.
(15) Cuando sobreviniere en una persona que estaba padeciendo de una enfermedad contagiosa, la cual pudiere constituir una amenaza a la salud pública.
(16) Cuando acaeciere dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes a la admisión del paciente a un hospital, clínica o asilo, sean éstos estatales, municipales o privados, siempre que la causa de la muerte no pueda ser razonablemente atribuida a causas naturales.
(17) Cuando la muerte sobreviniere durante hospitalización en una institución psiquiátrica, ya sea estatal, municipal o privada, excepto en casos de muerte por alumbramiento debidamente certificado por un médico.
(18) Si hubiese sido causada por fuerza física, tales como electricidad, calor, frío, radiaciones o disposición de productos químicos.
(19) Cualquier muerte por malnutrición, abandono o exposición a los elementos, resultado de negligencia.
(b) Será igualmente el deber del Instituto investigar con el objeto de determinar la causa y manera de la muerte de una persona:
(1) Cuando el cadáver haya de ser incinerado, disecado o que se haya de disponer del cuerpo de forma que no esté disponible posteriormente para ser examinado, irrespectivo de cómo se haya producido el deceso.
(2) Cuando el fiscal o juez investigador de la muerte de cualquier persona así lo solicite del Instituto de Ciencias Forenses de Puerto Rico.
Historial
(Julio 24, 1985, Núm. 13, p. 735, art. 11, ef. Julio 1, 1985; Enmendado en Agosto 12, 1995, Núm. 192, art. 1, ef. 120 días después de Agosto 12, 1995.)
Anotaciones
HISTORIAL
Enmiendas—1995. La ley de 1995 añadió la frase " 'establecimiento' según se define en los incisos (2), (3), (4), (5) y (8) de la sec. 353 del Título 8".
Exposición de motivos.

Véase Leyes de Puerto Rico de: Agosto 12, 1995, Núm. 192.
Contrarreferencias. Policía de Puerto Rico, véanse las secs. 1001 et seq . del Título 25.
§ 3012. —Autopsia mandatoria.
Texto de los Estatutos
Cuando la muerte se produzca bajo las circunstancias enumeradas bajo las cláusulas (1) al (11), inclusive y la cláusula (17), del inciso (a) de la sec. 3011 de este título, será mandatorio efectuar una autopsia con el objeto de determinar la causa y manera de la muerte. En el caso de la cláusula (14) será mandatorio efectuar la autopsia cuando lo ordene el fiscal a quien se notificarán todos los decesos contemplados en dicha cláusula. En todos los demás casos enumerados en la sec. 3011 de este título se efectuará una autopsia, a discreción del Patólogo Forense responsable de la investigación, cuando [surgiere] alguna duda en cuanto a la causa de la muerte o de la manera como ésta tuvo lugar o cuando por algún motivo éste lo creyere necesario para el mejor esclarecimiento de los hechos.
En todos los casos el Director del Instituto o cualesquiera de sus patólogos forenses y médicos forenses auxiliares tendrán autoridad para efectuar u ordenar que se efectúe una autopsia.
Historial
(Julio 24, 1985, Núm. 13, p. 735, art. 12, ef. Julio 1, 1985; Enmendado en Agosto 12, 1995, Núm. 192, art. 1, ef. 120 días después de Agosto 12, 1995.)
Anotaciones
HISTORIAL
Enmiendas—1995. La ley de 1995 enmendó el primer párrafo de esta sección en términos generales.
Exposición de motivos.
Véase Leyes de Puerto Rico de: Agosto 12, 1995, Núm. 192.
§ 3013. —Autopsia a solicitud de autoridades investigadoras.
Texto de los Estatutos
En cualquier caso el Instituto efectuará la autopsia de un cadáver cuando lo solicite un fiscal o juez.
Historial
(Julio 24, 1985, Núm. 13, p. 735, art. 13, ef. Julio 1, 1985.)
§ 3014. Otros servicios investigativos.
Texto de los Estatutos
Con relación a delitos en que no se haya causado la muerte de un ser humano, el Instituto de Ciencias Forenses, a petición de jueces, fiscales, abogados defensores, también llevará a cabo todas las investigaciones de laboratorio que sean indispensables y estén a su alcance, a fin de proveer la información necesaria y ayudar al esclarecimiento de la situación planteada. En tal gestión, de permitirlo las circunstancias, estarán disponibles los servicios del Instituto en las áreas de toxicología; análisis de sustancias controladas; análisis de explosivos, acelerantes, residuos; distancias de disparos; comparación de

vidrios, pintura, tierra, fibras y metales; servicios en serología forense, fotografía criminal, identificación de armas de fuego, documentos dudosos, y poligrafía e investigación forense.
El Instituto llevará a cabo todos los servicios científicos que al presente presta el Laboratorio de la Policía de Puerto Rico y todos los servicios que presta la División de Servicios Técnicos del Negociado de Investigaciones Especiales, así como cualquier otro servicio científico-forense que en el futuro sea necesario al proceso investigativo.
Historial
(Julio 24, 1985, Núm. 13, p. 735, art. 14, ef. Julio 1, 1985.)
§ 3015. Casos de muerte - Informe al médico forense.
Texto de los Estatutos
En todo caso de muerte que aparente haberse producido bajo las circunstancias enumeradas en la sec. 3011 de este título, el fiscal o juez instructor que estuviere llevando a cabo la investigación informará de tal hecho al Instituto que ordenará que se efectúe la investigación correspondiente.
Historial
(Julio 24, 1985, Núm. 13, p. 735, art. 15, ef. Julio 1, 1985.)
§ 3016. —Deber de informar de toda persona; penalidad.
Texto de los Estatutos
(a) Toda persona que tuviere conocimiento de una muerte acaecida en cualesquiera de las circunstancias que se especifican en la sec. 3011 de este título deberá informarlo inmediatamente a la Policía de Puerto Rico o cualquier juez o fiscal, quien procederá a notificar al Instituto. La persona que descuidare, voluntariamente, notificar la muerte ocurrida en las circunstancias mencionadas incurrirá en delito menos grave.
(b) Cualquier persona que sin permiso escrito de las autoridades competentes, tocare, moviere o levantare el cuerpo de una persona muerta en tales circunstancias o tocare o moviere su ropa o cualquier objeto que estuviere en las cercanías del cuerpo, incurrirá en delito menos grave. Se exceptúan de esta prohibición los médicos autorizados por el Instituto, el personal de los hospitales, clínicas, centros de salud y otras instituciones que presten servicios médico-hospitalarios, ya sean públicas o privadas, cuando la muerte se produzca sin que medien las circunstancias de criminalidad y violencia cubiertas por las cláusulas (1) y (2) del inciso (a) de la sec. 3011 de este título. En tales casos los cadáveres podrán ser trasladados y conservados en los depósitos de cadáveres de la institución en cuestión hasta que un fiscal, juez instructor o funcionario del Instituto con autoridad para hacerlo, autorice su levantamiento. Asimismo, las ropas del occiso y los objetos de éste, y los que estuvieren alrededor del cadáver, serán recogidos y conservados en forma intacta para ser luego puestos a la disposición del fiscal, juez instructor o funcionario del Instituto que posteriormente investigue el caso.
Historial
(Julio 24, 1985, Núm. 13, p. 735, art. 16, ef. Julio 1, 1985.)

§ 3017. —Investigación del lugar de los hechos por el Instituto.
Texto de los Estatutos
En todo caso en que el Instituto fuere notificado de que se ha producido una muerte bajo las circunstancias enumeradas en las cláusulas (1) a la (7), (10) y (17), inclusive, del inciso (a) de la sec. 3011 de este título, o cuando lo solicite un fiscal o juez instructor, ordenará que un investigador forense, acompañado del personal de las unidades de criminología necesarios, se traslade al lugar de los hechos para efectuar las investigaciones pertinentes. Cuando sea requerido, a los fines del mayor esclarecimiento de las circunstancias y manera en que ocurrió la muerte, también se trasladarán al lugar de los hechos un patólogo forense o un toxicólogo o cualquier otro personal técnico que se requiera.
Historial
(Julio 24, 1985, Núm. 13, p. 735, art. 17, ef. Julio 1, 1985.)
§ 3018. —Notas sobre la investigación preliminar.
Texto de los Estatutos
En todo caso investigado por el personal del Instituto en el lugar de los hechos, el personal que efectúe la investigación deberá tomar notas en el propio lugar de los hechos de todas las circunstancias que considere pertinentes, tales como posición y situación del cadáver, manchas de sangre, señales, objetos, ropas, fibras, señales de violencia, así como el modo y causa de la muerte. Se tomarán fotografías generales y específicas y se llevarán a cabo los estudios de identificación y de otra naturaleza que puedan ser realizados en la escena. Se rendirá inmediatamente un informe preliminar al juez instructor o fiscal.
Historial
(Julio 24, 1985, Núm. 13, p. 735, art. 18, ef. Julio 1, 1985.)
§ 3019. —Levantamiento del cadáver.
Texto de los Estatutos
En todos los casos, el levantamiento del cadáver será autorizado por el fiscal o juez instructor que investigue el caso. Dicha orden especificará si el cadáver levantado deberá ser trasladado a las instalaciones del Instituto en cualquier punto de la Isla, con el propósito de practicar la autopsia o conducir investigaciones subsiguientes o si el mismo podrá ser entregado a los familiares del occiso.
Los patólogos forenses y los investigadores forenses del Instituto que investiguen un caso de muerte en el lugar de los hechos tendrán esta misma facultad cuando hayan determinado con razonable certeza que la muerte se produjo sin que mediaran las circunstancias de criminalidad y violencia cubiertas por las cláusulas (1) y (2) del inciso (a) de la sec. 3011 de este título.
Historial
(Julio 24, 1985, Núm. 13, p. 735, art. 19, ef. Julio 1, 1985.)
§ 3020. —Resultados de la autopsia.
Texto de los Estatutos
En todo caso en que se practicare la autopsia, los resultados de la misma deberán ser puestos en conocimiento del juez instructor o fiscal con toda

premura, así como cualquier otra información que pueda ayudar a éstos en el esclarecimiento de los hechos. La misma información deberá proveerse a los abogados defensores y a los familiares del occiso.

Historial

(Julio 24, 1985, Núm. 13, p. 735, art. 20, ef. Julio 1, 1985.)

§ 3021. Declaraciones juradas.

Texto de los Estatutos

Se faculta al Científico Forense de Puerto Rico, a los patólogos forenses, a los patólogos forenses auxiliares, a los médicos forenses auxiliares y a los investigadores forenses del Instituto a:

(a) tomar declaraciones juradas en todos aquellos casos investigados por ellos,

(b) poseer y portar armas de fuego.

Historial

(Julio 24, 1985, Núm. 13, p. 735, art. 21, ef. Julio 1, 1985.)

§ 3022. Reglas y procedimientos.

Texto de los Estatutos

El Director del Instituto propondrá a la Junta de Directores todas las reglas y reglamentos necesarios para el funcionamiento del Instituto y para la implementación de este Capítulo.

Historial

(Julio 24, 1985, Núm. 13, p. 735, art. 22, ef. Julio 1, 1985.)

§ 3023. Archivo de casos; conservación; inspección.

Texto de los Estatutos

El Instituto mantendrá un archivo de todos los casos que investigue, así como los que investiguen los patólogos y médicos forenses, médicos forenses auxiliares o el personal técnico de los distritos. En este archivo se registrará cada caso por el nombre de la víctima, si éste fuere conocido, el lugar donde se encontró el cuerpo, y la fecha de la muerte. En casos donde no haya habido muerte el caso se registrará por el nombre del imputado. Se llevará un índice que permita en cualquier momento localizar prontamente cualquier caso. En caso de muerte, junto a la ficha de cada caso se incluirá el informe original del médico forense y el protocolo de la autopsia, o copia del mismo, cuando ésta se hubiere efectuado. En otros casos se incluirán los análisis que se hubieren efectuado o copias de éstos. Los archivos se conservarán en el Instituto, debidamente protegidos y resguardados contra robos, incendio e inspección por personas no autorizadas.

El Director del Instituto reglamentará la inspección de los archivos del Instituto por abogados, médicos y otros peritos de las partes en juicios penales o pleitos civiles relacionados con casos investigados por el Instituto, así como las entrevistas por éstos al personal profesional del Instituto que hubiere intervenido, salvaguardando los derechos fundamentales de las partes y garantizando el debido procedimiento de ley.

Historial

(Julio 24, 1985, Núm. 13, p. 735, art. 23, ef. Julio 1, 1985.)

§ 3024. Custodia de objetos personales del finado.
Texto de los Estatutos
Las ropas del finado, el dinero, las joyas y otros objetos personales que se encontraren con el cuerpo en los casos en que se ha de proceder a practicar la autopsia serán tomados en custodia por el Científico Forense, guardados y debidamente identificados por éste durante todo el tiempo que sea necesario a los fines de su investigación. Aquellos objetos que no fueren necesarios al Científico Forense para su investigación ni al fiscal para el desempeño de sus funciones serán entregados por el Instituto a los familiares del finado.
Asimismo, cualquier objeto que hubiere sido originalmente retenido por el Instituto o por el fiscal y luego resultare innecesario para la investigación será devuelto a los familiares a la mayor brevedad posible.
Historial
(Julio 24, 1985, Núm. 13, p. 735, art. 24, ef. Julio 1, 1985.)
§ 3025. Disposición del cadáver.
Texto de los Estatutos
Después de una autopsia o investigación, el cuerpo del interfecto será entregado al familiar o persona encargada del enterramiento, mediante solicitud escrita y firmada, siguiendo el orden que se indica a continuación:
(1) Al cónyuge viudo o supérstite, si conviviere con el cónyuge fallecido al momento de su muerte.
(2) Al hijo mayor, y en ausencia o incapacidad de éste, al próximo en sucesión cuando fueren mayores de edad.
(3) Al padre o a la madre.
(4) Al mayor de los hermanos de doble vínculo y a falta de éstos, al mayor de los medios hermanos, cuando fueren mayores de edad.
(5) Al abuelo o abuela.
(6) Al tutor del interfecto al momento de la muerte o al familiar o persona particular que se hubiere ocupado del interfecto durante su vida.
(7) A cualquier persona o entidad autorizada u obligada por ley a disponer del cadáver.
Historial
(Julio 24, 1985, Núm. 13, p. 735, art. 25, ef. Julio 1, 1985.)
Anotaciones
ANOTACIONES
1. En general. Una persona que mantenía relación de matrimonio consensual con el interfecto no tiene derecho a reclamar el cadáver en concepto de viuda. Op. Sec. Just. Núm. 4 de 1990.
En ausencia de las personas con prioridad para reclamar el cuerpo del interfecto enumeradas en esta sección, no existe impedimento legal para entregar el cuerpo a la persona con quien sostuvo una relación de matrimonio consensual, una vez cumplidos los requerimientos estatutarios. Op. Sec. Just. Núm. 4 de 1990.
§ 3026. Conservación de muestras de tejidos y otra evidencia.

Texto de los Estatutos
En todos aquellos casos en que se efectuare una autopsia, el Instituto conservará aquellas muestras de sangre, orina, líquidos del cuerpo, órganos y porciones de tejidos que fueren necesarias, de acuerdo con las mejores prácticas médicas aceptadas, y cualesquiera otros objetos tales como, pero sin estar limitados a, balas y cuerpos extraños hallados en el cadáver para ser utilizados como prueba de corroboración o como evidencia.
Dichos órganos, muestras de tejidos, sangre, orina, líquidos del cuerpo y objetos serán conservados y custodiados en forma tal que asegure su identidad e integridad.
Las muestras de sangre, orina y líquidos del cuerpo serán conservadas por un período no menor de seis (6) meses. Los órganos y muestras de tejidos lo serán por no menos de un (1) año.
Evidencia resultante de otros casos criminales donde no haya mediado la muerte será igualmente conservada hasta tanto sea solicitada y entregada en relación con la ventilación del caso en los tribunales.
El Director del Instituto establecerá los procedimientos a seguir para cumplir con las disposiciones de esta sección.
Historial
(Julio 24, 1985, Núm. 13, p. 735, art. 26, ef. Julio 1, 1985.)
§ 3027. Admisibilidad en evidencia de los informes del Instituto.
Texto de los Estatutos
El Instituto expedirá a solicitud de parte interesada y mediante el pago de los aranceles y gastos que ello conlleve, copias certificadas de informes de autopsias y de análisis científicos efectuados por el personal profesional del Instituto. La exacta concordancia de dichas copias con los récord del Instituto deberá ser consignada en la certificación.
No obstante, cuando los informes de autopsias y de análisis científicos solicitados estén relacionados con un caso cuya investigación criminal está en proceso, no se expedirán copias de dichos informes sin la aprobación del Secretario de Justicia, salvo que la solicitud provenga de un tribunal competente.
Las copias certificadas de informes serán admisibles en los tribunales del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, sujeto a lo dispuesto en las Reglas de Evidencia de Puerto Rico, Ap. IV del Título 32.
Historial
(Julio 24, 1985, Núm. 13, p. 735, art. 27; Julio 1, 1988, Núm. 52, p. 273, ef. Julio 1, 1988.)
Anotaciones
HISTORIAL
Enmiendas—1988. La ley de 1988 sustituyó el segundo párrafo con dos nuevos párrafos.
Contrarreferencias. Justicia, Secretario de, véase la sec. 71 del Título 3.
§ 3028. Copia de récord médico acompañará casos referidos al Instituto.
Texto de los Estatutos

Todo cadáver que sea referido al Instituto por cualquier hospital, clínica o centro médico u hospitalario se remitirá al Instituto acompañado de una fotocopia del récord médico del occiso y resumen del mismo.
Historial
(Julio 24, 1985, Núm. 13, p. 735, art. 28, ef. Julio 1, 1985.)
§ 3029. Sede del Instituto.
Texto de los Estatutos
El Instituto tendrá sus oficinas y laboratorios centrales en San Juan, gestionará y establecerá a la mayor brevedad posible aquellas oficinas y laboratorios regionales a través del Estado Libre Asociado de Puerto Rico que sean necesarios para la implantación de este Capítulo.
Historial
(Julio 24, 1985, Núm. 13, p. 735, art. 29, ef. Julio 1, 1985.)
§ 3030. Demarcaciones territoriales servidas por las diversas oficinas y laboratorios.
Texto de los Estatutos
La Junta Directora del Instituto determinará la localización de las Oficinas y Laboratorios Regionales del Instituto de Ciencias Forenses y la demarcación territorial a la que habrán de servir.
Historial
(Julio 24, 1985, Núm. 13, p. 735, art. 30, ef. Julio 1, 1985.)
§ 3031. Horario de operación.
Texto de los Estatutos
El Director establecerá el horario de operación de las distintas oficinas del Instituto de Ciencias Forenses de Puerto Rico en forma tal que los servicios del Instituto estén disponibles en todo momento.
Historial
(Julio 24, 1985, Núm. 13, p. 735, art. 31, ef. Julio 1, 1985.)
§ 3032. Otras instituciones - Arreglos.
Texto de los Estatutos
Cuando sea necesario o conveniente, el Instituto podrá hacer los arreglos pertinentes con el Departamento de Salud del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, con Recintos de la Universidad de Puerto Rico, con otras instituciones gubernamentales, tanto estatales como federales, y con instituciones privadas, ya sean educativas, laboratorios o que provean servicios médico-hospitalarios, para el uso de facilidades físicas en aquellos lugares de Puerto Rico donde el Instituto no tenga sus propias facilidades.
Historial
(Julio 24, 1985, Núm. 13, p. 735, art. 32, ef. Julio 1, 1985.)
Anotaciones
HISTORIAL
Contrarreferencias. Salud, Departamento de, véanse las secs. 171 et seq . del Título 3.
Universidad de Puerto Rico, Recintos de, véase la sec. 603 del Título 18.

§ 3033. —Servicios.
Texto de los Estatutos
El Instituto podrá hacer arreglos y convenios para, mediante la compensación correspondiente, prestar servicios en materias forenses a hospitales, clínicas, centros de salud e instituciones que presten servicios médico-hospitalarios, ya sean públicos o privados, sin menoscabo de las funciones del Instituto establecidas por este Capítulo. Dichas compensaciones engrosarán los fondos operacionales del Instituto, mediando la debida contabilización como corresponde a todo fondo público.
Historial
(Julio 24, 1985, Núm. 13, p. 735, art. 33, ef. Julio 1, 1985.)
§ 3034. Médicos; obligación de practicar autopsias.
Texto de los Estatutos
El Director del Instituto o cualquier fiscal o juez instructor, en coordinación con éste, cuando así lo exigieren las circunstancias, podrá requerir de cualquier médico en el Estado Libre Asociado de Puerto Rico, cualificado para efectuarla, que proceda a practicar una autopsia. Cualquier médico así requerido que se negare a practicar tal autopsia incurrirá en delito menos grave. Todo médico que efectúe tales autopsias deberá remitir inmediatamente al Instituto una copia del resultado de la autopsia practicada.
Historial
(Julio 24, 1985, Núm. 13, p. 735, art. 34, ef. Julio 1, 1985.)
§ 3035. Personal profesional; prohibición de participar como peritos privados.
Texto de los Estatutos
El personal profesional del Instituto de Ciencias Forenses no podrá participar como perito privado en pleitos civiles. Cuando el personal profesional del Instituto fuere citado por un tribunal o a solicitud de parte, para testificar en un caso civil en cuya investigación hubiere intervenido, el tribunal fijará los honorarios razonables que correspondan, los que se consignarán en corte anticipadamente transfiriéndose luego a los fondos de operación del Instituto. Asimismo, el tribunal fijará los gastos de transportación y las dietas que correspondan, los que se pagarán al funcionario del Instituto citado por el tribunal.
Historial
(Julio 24, 1985, Núm. 13, p. 735, art. 35, ef. Julio 1, 1985.)
§ 3036. Exámenes médicos periódicos al personal.
Texto de los Estatutos
El personal del Instituto será sometido periódicamente, no menos de una vez al año, a exámenes médicos completos, que incluirán los análisis clínicos pertinentes. Dichos exámenes serán efectuados libres de costo para los empleados del Instituto por el Hospital Universitario del Recinto de Ciencias Médicas. El Director será responsable de hacer anualmente las gestiones necesarias con el Director Médico del Hospital Universitario para que se efectúen estos exámenes médicos.
Historial. (Julio 24, 1985, Núm. 13, p. 735, art. 36, ef. Julio 1, 1985.)

BIBLIOGRAFÍA

Introducción

ALFAU CAMBIASO, RAFAEL. *Técnicas de Necropsias y Biopsias.* Editora Taller, Santo Domingo, República Dominicana, 1982. Págs.

ASTACIO HERNÁNDEZ, NELSON W. *Medicina Legal. Selección de Textos y Medicina del Trabajo.* Editora de la Universidad Autónoma de Santo Domingo, 1980.

BALTHAZARD, VÍCTOR. *Manual de Medicina Legal.* Salvat Editores, S. A. Sexta edición española; traducida de la sexta edición francesa y readaptada a la legislación española por Wifredo Coroleu (la 1ra. edición francesa es de 1906); Barcelona, España, 1947. 767 págs.

BARREDA GARCÍA, ARMANDO A. *Medicina Legal. Temas Procesales.* Editorial Montecorvo, S. A., Madrid, España, 1978. 340 págs.

FOUCAULT, MICHEL. *El Nacimiento de la Clínica: Una Arqueología de la Mirada Médica.* Siglo XXI Editores, S. A., 7ma. edición en español. México, 1980. págs.

GIRALDO GIRALDO, CÉSAR AUGUSTO. *Medicina Forense.* 4ta. Ed. Publicación de la Universidad de Antioquia, Medellín, 1981.

GISBERT CALABUIG, JOSÉ ANTONIO. *Medicina Legal y Toxicología.* Edición de la Fundación García Muñóz. Sección Saber. Publicaciones Médicas y Científicas. 3ª edición. Valencia, España, 1985.

LÜTTGER HANS. *Medicina y Derecho.* Instituto de Criminología de la Universidad Complutense de Madrid, 1984.

MINISTERIO DE JUSTICIA. SECRETARÍA GENERAL TÉCNICA. *Libro Blanco de la Medicina Forense.* Centro de Publicaciones. Madrid, España, 1985. 177 págs.

MORA, CARLOS FEDERICO. *Manual de Medicina Forense.* Ciudad de Guatemala, América Central. Agosto de 1931. Pág. 389.

QUIROZ CUARÓN, ALFONSO. *Medicina Forense.* Editorial Porrúa, S. A. Quinta edición, México, 1986. 1122 págs.
ROJAS, NERIO. *Medicina Legal.* El Ateneo, 4ta. edición, Buenos Aires, Argentina, 1950.
SARITA VALDEZ, SERGIO. *Medicina Legal.* Editora Búho, 3ra. edición, Santo Domingo, República Dominicana, 2005. 199 págs.
SIMONÍN, CESAR. *Medicina Legal Judicial. Legislación y Jurisprudencia Españolas.* Editorial JIMS. Barcelona, España. Reimpresión, 1982. 1162 págs.
TALLER SOBRE LA APLICACIÓN DE LAS CIENCIAS FORENSES EN LAS INVESTIGACIONES DE LOS DERECHOS HUMANOS EN AMÉRICA CENTRAL. San José, Costa Rica. 13-16 de noviembre, 1989. 105 págs.
URIBE CUALLA, GUILLERMO. *Opúsculos de Medicina Forense.* Editorial TEMIS, Bogotá, Colombia, 1968. 330 págs.
VARGAS ALVARADO, EDUARDO. *Medicina Legal. Compendio de Ciencias Forenses para Médicos y Abogados.* Lehmann, editores. 3ra. edición. San José, Costa Rica, 1983. 579 págs.
ZAGLUL, ANTONIO. *Galería de Médicos Dominicanos.* Ediciones de TALLER, Santo Domingo, República Dominicana, 1976. 198 págs.

Parte General

Tanatología forense

BELSKY, JANET. *Psicología del Envejecimiento.* International Thompson Editores. Spain Paraninfo, S. A. España, 1999. 488 págs.
GISBERT CALABUIG, JOSÉ ANTONIO. *Medicina Legal y Toxicología.* Edición de la Fundación García Muñóz. Sección Saber. Publicaciones Médicas y Científicas. 3ta. edición. Valencia, España, 1985.
HANLEY, GUSTAVO. *El Acto Suicida.* Editorial Impresos Profesionales. Santo Domingo, 1999. 159 págs.
LUNA BISBAL, MAURICIO. *Trasplantes. Base Legal para una Legislación.* Editorial Temis. Bogotá, 1974. 84 págs.

ORTEGA G. RAFAEL A. *Lecciones de Medicina Legal y Sexología Forense.* Editado por ENE Publicidad. San Francisco de Macorís, 2002. 507 págs.
QUIROZ CUARÓN, ALFONSO. *Medicina Forense.* Editorial Porrúa, S. A. Quinta edición, México, 1986. 1122 págs.
ROJAS, NERIO. *Medicina Legal.* El Ateneo, 4ta. edición, Buenos Aires, Argentina, 1950.
ROUVIÈRE, H. *Anatomía Humana.* Traducción de R. López Prieto y M. Gavilán Bofill. 8ª Edición Española. Tres Tomos. Editorial Baillo-Bailliere, S. A. Madrid, España, 1968.
VARGAS ALVARADO, EDUARDO. *Medicina Legal. Compendio de Ciencias Forenses.* 3ra. edición, de 1983. San José, Costa Rica. 579 págs.

Toxicología forense

BALTHAZARD, VÍCTOR. *Manual de Medicina Legal.* Salvat Editores, S. A. Sexta edición española; traducida de la sexta edición francesa y readaptada a la legislación española por Wifredo Coroleu (la 1ra. edición francesa es de 1906); Barcelona, España, 1928. 767 págs.
JIMÉNEZ NAVARRO, RAÚL. *Materia de Toxicología Forense.* Editorial Porrúa S. A., México, 1980. 260 págs.
QUIROZ CUARÓN, ALFONSO. *Medicina Forense.* Editorial Porrúa, S. A. Quinta edición, México, 1986. 1122 págs.
SIMONÍN, CESARE. *Medicina Legal Judicial. Legislación y Jurisprudencia Españolas.* Editorial JIMS. Barcelona, España. Reimpresión, 1982. 1162 págs.
URIBE CUALLA, GUILLERMO Y URIBE GONZÁLEZ, CAMILO. *Medicina Legal, Toxicología y Siquiatría Forense.* Editorial TEMIS, 11ma. edición. Colombia, 1981. 1171 págs.

Traumatología forense

ROJAS JIMENO, MOISÉS. *Medicina Legal. Tomo I.* Editora TALLER, Santo Domingo, República Dominicana, 2002. 310 págs.

VERDÚ PASCUAL, FERNANDO A. *¿Qué Dice el Forense? Una Curiosa Sinopsis de Ciertas Quisicosas, Peculiaridades y Técnicas de la Medicina Legal y Forense.* Editorial Promolibro, Valencia, España, 1999.
VARGAS ALVARADO, EDUARDO. *Medicina Legal. Compendio de Ciencias Forenses para Médicos y Abogados.* Lehmann, editores. 3ra. edición. San José, Costa Rica, 1983. 579 págs.

Deontología forense

MORA, CARLOS FEDERICO. *Manual de Medicina Forense.* Ciudad de Guatemala, América Central. Agosto de 1931. 389 pág.
ROJAS, NERIO. *Medicina Legal.* El Ateneo, 4ta. edición, Buenos Aires, Argentina, 1950.

Parte Especial

Medicina Legal y Criminología

GARCÍA RAMÍREZ, SERGIO. *Panorama de la Justicia Penal.* Conferencia Seminario Internacional «La Ciencia del Derecho durante el Siglo XX». UNAM, 1998.
NÚÑEZ CASTILLO, ADULFO. *Práctica Forense Usual.* Editorial Librería del Profesional. Reimpresión, 1984. 772 págs.
QUINTERO OSPINA, TIBERIO. Práctica Forense Penal. 3 Tomos. Bogotá, Colombia, 1982, 1985.
RAMOS JEREZ, LEONCIO. *Notas de Derecho Penal Dominicano.* Colección Estudios Jurídicos, No. 1. Dirigida por el Dr. Raymundo Amaro Guzmán. Editorial Punto Mágico, Santo Domingo, 2002. 533 págs.
CLEMENTE, MIGUEL Y ESPINOSA, PABLO. *La Mente Criminal. Teorías Explicativas del Delito desde la Psicología Jurídica.* Editora Dykinson, Madrid, España, 2001. 248 págs.
EXNER, FRANZ. *Biología en sus Rasgos Fundamentales.* Primera edición en español. Barcelona, 1946. 471 págs.

FRANCOTTE, JAVIER. *La Antropología Criminal.* Traducido al castellanos por Don Federico Olóriz y Don Jerónimo Vidal. Ediciones de la Biblioteca Científica Moderna. Administración de la Revista de Medicina y Cirugía Prácticas. Madrid, 1893. 356 págs.
LIMA MALVIDO, MARÍA DE LA LUZ. *Modelo de Atención a Víctimas en México.* Publicación de la Cámara de Diputados. México D. F, México, 1997. 262 págs.
LOMBROSO, CÉSAR. *Los Criminales.* Editora Tor, Buenos Aires, Argentina, 1943. 126 págs.
GARÓFALO, RAFAEL. La Criminología. Estudio sobre el Delito y sobre la Teoría de la Represión. Primera edición en español, traducida por Pedro Dorado Montero. Ediciones La España Moderna, Los Hoyos 6. Madrid, España, 1922. 528 págs.
PIGA RIVERO, ANTONIO. Medicina Legal de Urgencia. Madrid, 1928.
RAMOS JEREZ, LEONCIO. Notas para una Introducción a la Criminología. Notas de Cátedra (mimeografiado). Santo Domingo. Año lectivo 1953-1954.
RODRÍGUEZ CUENCA, JOSÉ VICENTE. Introducción a la Antropología Forense. Análisis e Identificación de Restos Óseos Humanos. Colombia, 1996. .

Medicina Legal y Criminalística

BALTHAZARD, VÍCTOR. *Manual de Medicina Legal.* Salvat Editores, S. A. Sexta edición española; traducida de la sexta edición francesa y readaptada a la legislación española por Wifredo Coroleu (la 1ra. edición francesa es de 1906); Barcelona, España. Sin fecha. 767 págs.
BERNALDO DE QUIRÓS, CONSTANCIO. *Criminología de los Delitos de Sangre en España.* Editorial Biblioteca Internacional de Ciencias Sociales. Madrid, España, 1906. 130 págs.
- *Las Nuevas Teorías de la Criminalidad.* Biblioteca Jurídica de Autores Cubanos y Extranjeros. Volumen CIII. Jesús Montero, Editor. Impresora Monte del Indio, La Habana, 1946. Págs. 201-235.

MONTIEL SOSA, JUVENTINO. Manual de Criminalistica. 3 Tomos. Editorial LIMUSA, S. A. Grupo Noriega Editores. México, D. F., México, Reimpresión, 1994.
VILLAVICENCIO AYALA, MIGUEL JOSÉ. *Procedimientos de Investigación Criminal.* Editorial Limusa. Quinta edición. México, D. F., México, 1987.

Medicina Legal y Psiquiatría

FELDMAN, M. PHILIP. *Comportamiento Criminal: Un Análisis Psicológico.* Fondo de Cultura Económica. Primera edición en español, 1989. México, D. F., México.
GAJARDO, SAMUEL. *Medicina Legal y Psiquiatría.* Santiago de Chile, 1931.
INGENIEROS, JOSÉ. Obras Completas, Vol. 7. *Criminología.* Elmer Editores, Buenos Aires, Argentina, 1916.
LOMBROSO, CÉSAR. *Medicina Legale.* Traducción al español de Pedro Dorado Montero. Madrid, 1922. 2 Volúmenes.
MORA, CARLOS FEDERICO. *Manual de Medicina Forense.* (Parte Psiquiátrica). Ciudad de Guatemala, América Central. Agosto de 1931. 389 pág.
MOTA, FABIO, A. *La Indeterminación Médico-legal de la Expresión "Recién nacido"*. Juventud Universitaria, 16 y 63, Marzo, 1945.
TRAVACIO, MARIANA. *Manual de Psicología Forense. Material de Cátedra.* Universidad de Buenos Aires, 2da. edición. 566 págs.
URIBE CUALLA, GUILLERMO Y URIBE GONZÁLEZ, CAMILO. *Medicina Legal, Toxicología y Siquiatría Forense.* Editorial TEMIS, 11ma. Edición. Colombia, 1981. 1171 págs.

BIBLIOGRAFÍA COMPLEMENTARIA

CÓDIGOS, LEYES, DECRETOS Y REGLAMENTOS:

Constitución de la República Dominicana, modificación de 1994.
Código Penal de la República Dominicana.
Ley 821, sobre la Organización Judicial de la República Dominicana, de 1927.
Ley 136-80, sobre Autopsia Judicial.
Ley 50-88, sobre Drogas Narcóticas.
Ley 329-98, sobre Donación, Extracción, Legado y Trasplante de Órganos y Tejidos.
Ley 42-01, sobre la Ley General de Salud, del 8 de marzo de 2001.
Ley 76-02. Código Procesal Penal de la República Dominicana.
Ley 137-03, sobre El Tráfico Ilícito de Migrantes y Trata de Personas.
Ley 78-03, sobre el Estatuto del Ministerio Público, de 2003.
Ley 4471, sobre Actas de Defunciones.
Ley 214, sobre Cementerios, de 1958.
Ley 36, sobre Porte, Tenencia y Comercialización de las Armas de Fuego.
Decreto nº 1155 que modifica varios artículos del Reglamento nº 3529 sobre Policía Mortuoria.
Decreto 6393, que designa a los Médicos Legistas a los Distritos Judiciales, 5 de marzo de 1950.
Decreto 58-89 que crea el Instituto de Patología Forense, de 1989.
Decreto 26-99, que crea el Instituto Nacional de Patología Forense. 29 de enero de 1999.
Reglamento 8883, que asigna los médicos legistas a las cárceles, 13 de marzo de 1953.
Reglamento nº 3529, sobre la Policía Mortuoria, de 1948.

ARTÍCULOS DE REVISTAS Y PERIÓDICOS Y PUBLICACIONES:

BOLIVAR GARCÍA, JOSÉ RAFAEL. Necesidad de un Instituto de Patología Forense, 1979.

BRUGAL V., LUIS IVÁN; PEÑA VILLA, SCARLET Y BELIZARIO BATISTA, NELSON. Desarrollo de la Patología Forense en la República Dominicana. Investigación para el Desarrollo. Revista de la Universidad Autónoma de Santo Domingo. Año 2 - Núm. 1-Oct., 1995. Págs. 83-102.

CONGRESO IBEROAMERICANO DE PISCOLOGÍA JURÍDICA. 2da. Versión. Chile, 1995.

CORNIELLE, VERTILIO, GENAO ACEVEDO, INDIRA DE LAS MERCEDES Y MOQUETE, DANNY. La Incidencia de Muerte Natural en el Instituto Nacional de Patología Forense. Revista Médica Dominicana. Vol. 21, No.1. 30 de junio, 1995.

DICCIONARIO JURÍDICO ENCICLOPÉDICO OMEBA. Tomos XI y XXVI, Editorial Driskill S.A. Buenos Aires, 1986.

DSM-IV. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Masson Editores, 1995. Madrid, España.

RODRÍGUEZ-MOGUEL, LETICIA (COORDINADORA). La Autopsia: Consulta final. Revista Biomédica, Vol. 8/No. 3/Julio-sept., México, 1997. Págs. 171-196.

SALOMÓN RODRÍGUEZ, YAMIL. Medicina Legal en la República Dominicana. Revista AMD Gremial. Número 100, febrero-marzo, 1989. Pág.

SARITA VALDEZ, SERGIO. El Patólogo y el Clínico, un Matrimonio Beneficioso para el Paciente. Rev. Científica AMD Regional Distrito Nacional; Vol. #2, pág. 3-4, julio-septiembre, 1985.

- Breve Historia de la Medicina Forense en la República Dominicana. Rev. AMD Gremial # 85. Pág. 56-58; Julio-agosto, 1986.
- Muertes en las Cárceles. Periódico HOY, 28 de julio de 1988.
- Caso Mirambeaux. Periódico HOY, 4 de marzo de 1989.

- Un Presidente Muerto sin Autopsia. Periódico HOY, 11 de octubre de 1989.
- Identificación Médico-legal. Periódico HOY, 10 de junio de 1990.
- Muerte Súbita e Inesperada: Reporte de Ocho Casos. Revista Médica Dominicana. Vol. 52. Pág. 41-46, Julio-septiembre, 1991.
- ¿El Por Qué de las Autopsias? Galenos; año 2, página 25, octubre-diciembre. República Dominicana, 1998.

BIBLIOGRAFÍA DE ANEXOS

LEGISLACIÓN NACIONAL

Ley 136-80, sobre Autopsia Judicial.
Ley 96-04, Ley Institucional de la Policía Nacional.
Decreto Nº 58-89 que crea el Instituto de Patología Forense.
Decreto Nº 26-99 que crea el Instituto Nacional de Patología Forense.
Resolución No. 13914 sobre los Criterios para Manejo y Envío de Cadáveres al INPF y Actuación de los Médicos Legistas.
Resolución No. 16956, que crea el Instituto Nacional de Ciencias Forenses de la Procuraduría General de la República Dominicana, 16 de diciembre del 2004.

LEGISLACIÓN EXTRANJERA

Ley Orgánica del Organismo de Investigación Judicial de Costa Rica (Ley No. 5524).
Estatutos del Instituto de Ciencias Forenses de Puerto Rico. Ley Número 13, 24 de Julio, 1985.

ÍNDICE ONOMÁSTICO

A.
Achával, A.: 16
Achenbach, Hans: 352
Adkins, Janeth: 142
Agurvedor: 29
Albert, Lidia: 160
Alderoto, Tadeo: 56
Alejandro VI: 56
Aristóteles: 29
Astacio Hdez., Nelson: 16, 59
Augusto, César: 124

B.
Bacon, Francis: 125, 130
Bacigalupo, Enrique: 338
Balthazard, Víctor: 16, 57, 64, 178, 183, 191, 213, 222, 295, 309, 311
Bartolino: 30
Barreras Fdez., Antonio: 65
Barroso Monsaque, Ml.: 65
Bernaldo de Quirós, C.: 19
Bertillón, Alfonso: 293, 299
Bianco, Fernando: 317
Bichat, Xavier: 32, 33
Binding, Carlos: 126, 340
Bolivar García, José R.: 16, 35, 59
Bonet, Th.: 32
Bonnet, Emilio F. P.: 16, 58
Borri: 102
Bouchut: 84
Boulher, Reicheader: 128
Brandt, Karl: 127, 128

Brouardel, R. C. Hippolitte: 57, 64
Brugal V., Iván: 60

C.
Canela Lázaro, Miguel: 58
Carlos I: 56
Cassá, Roberto: 19
Castellanos, Israel: 24, 58, 65, 367
Castellanos Tena, Fernando: 338
Castex, M. : 374
Clemente VI: 17
Contreras, Darío: 16, 58
Cornielle S., Vertilio: 35
Corr, Charles: 119
Corvisat: 32
Chauliac, Guy de: 17
Crofton, Walter: 292

D.
D´Argelata, Pietro: 56
D´Haussonville: 265
Daza Gómez, Carlos 339:
Déboret: 133
Defilló, Fdo. Arturo: 16, 58
Delfín Villaín, José: 186
Del Vechio, George: 133
Deive, Carlos Esteban: 367
Dervieux: 295
Desault: 32
Despine, Próspero: 249
De Windt, Julio: 16, 58
Driesch: 28
Du Saulle, Legrand: 180
Durkheim, Émile: 112
Duvergie, Alfonso: 57

E.
Eco, Umberto: 256
Enrique VI: 56

Erasistrato: 30, 55
Esquirol: 64
Exner, Franz: 267

F.
Feldman, M. Philip: 359
Fernández, Latoche: 318
Ferrer, Jorge: 132
Ferri, Enrico: 267
Ferrus: 249, 265
Fidelis, Fortunato: 17, 56
Filippi: 102, 224
Foucault, Michel: 31
Fragoso, Juan: 65
Ferreira Peña, Vaz: 46
Francotte, Javier: 248, 249
Freud, Sigmund: 46
Freudental, Berthold: 345

G.
Galeno: 17, 30
Galton, Francis: 57, 299
García Jaime, E.: 160
García Pérez, Teresita: 115
Garófalo, Rafael:256, 267
Gavilán Bófill, M.: 17
Giraldo Giraldo, C. A.: 16, 34, 59
Gisbert Calabuig, J. A.: 16, 24, 34, 36, 65
Glanville, William: 256
Golberg, Robert: 157
Goldschmidt, James: 343, 344
Guarón: 129
Günter, Jakob: 339, 356

H.
Hanley, Gustavo: 112
Harvey: 30
Henry Faulds, R.:
Henry, Richard: 57, 299
Henríquez, Enrique: 366

Herófilo: 30, 55
Hickman, Hill: 125
Hicks, Tomas: 169
Hidalgo, Luis: 58
Hitler, Adolfo: 126, 127, 128, 135
Higuera, Gonzalo: 133
Hipócrates: 123, 128
Hoche, Alfred: 126, 127
Hume, David: 124
Hunter, John: 32

I.
Icard: 64, 84
Ingenieros, José: 65
Immhotep: 55

J.
Jescheck, H. H.: 339, 352, 353
Jiménez de Asua, Luis: 46, 338, 367
Johnson, Ben: 170
Jorge Blanco, Pedro: 59
Josat: 84
Jouvence, M. R.: 85
Juan Pablo II: 131

K.
Kane, A. C.: 120
Kant, Inmanuel: 124
Kaufmann, Armin: 349, 350
Kevorkian, Jack: 142
Klüber-Roos, E.: 117, 119

L.
Lacan, Jacques: 46
Lacassagne, V: 57, 80, 222
Lauvergne: 249
Lecha-Marzo, Antonio: 34, 65, 89, 209, 299
Lima Malvido, María de la L.: 282
Linton: 169
Lister Contraverde, José: 65

Liszt von, Franz: 340, 341
Littré, Emile: 133
Locard, Edmundo: 294
Locles,Roberto Jorge: 315
Lombroso, César: 57, 65, 249, 266, 298
López Azpiarte, Eduardo: 131
López Prieto, R.: 17
Loyola, Ignacio de: 56
Lucas, Paul: 249
Lüttger, Hans: 104, 144

M.

Maconochie: 292
Malpighi, Marcelo: 57
Manouvrier: 295
M`Naghten, Daniel: 358, 359
Mans Puigarnau, Jaime M: 52, 53
Martínez S., S. L.: 16
Mata, Pedro: 65
Matesanz, Rafael: 147
Maurach, Reinhart: 350, 351
Mechinkoff, Ilya: 74
Mendel, J. G.: 24
Merkel, Paul: 340, 341
Méndez Alanis, Ramón: 299
Menninger, Karl A.: 112
Meyer, Hellmunth: 340
Mezger, Edmundo: 338, 346, 347
Monrque Ureña, Rodolfo: 335
Miur, Junior: 136
Montalti: 102
Mont, William: 125
Mora, Carlos F.: 150, 307, 357
Moreno Ceballos, N.: 132
Morgagni, J. B.: 32, 33
Moro, Tomás: 124
Mota, Fabio A.: 16
Mundini de Luzi: 17, 30

N.
Napoleón: 136
Nicéforo, Alfredo: 294
Nietzsche, Federico: 126
Norton, Charles: 126

O.
Olóriz, Federico: 248
Orfila, Mateo J. B.: 57, 64, 149, 295
Ortiz, Fernando: 367

P.
Padre, Carpio: 58
Paré, Ambrosio: 17, 56, 64, 125
Peel, Robert: 358
Peixoto, Alfonso: 58
Piga Rivero, Antonio: 65, 285
Pinel, Jean: 64
Pflannmuler, Hermann: 127, 128
Platón: 123
Pletonio: 129
Polaino, Aquilino: 131
Pujía y Serratice: 180

Q.
Quinlan, Ann Karen: 136, 137
Quiroz Cuaron, Alfonso: 16, 34

R.
Radbruch, Gustav: 342
Ramos Jerez, Leoncio: 7, 265
Read Barreras, Héctor: 59
Reinhart, Frank: 342, 343
Rísquez, Fco. A.: 16
Rodríguez Cuenca, José Vicente: 250, 251
Rodríguez Manzanera, Luis:
Rodríguez, Nino: 58, 367
Rojas, Nerio: 16, 48, 65, 178, 222, 223
Roldán, J. M.: 16
Rouvière, H: 17, 58

Rollet: 295
Roxin, Claus: 339, 353, 354, 355
Rudbersch: 30

S.
Salomón: 55
Sarita Valdez, Sergio: 16, 35, 60, 157
Sauer, Guillermo: 345
Snow, Clyde C.: 312
Saúl: 123
Schultze, Theodor R.: 341
Sepulveda, Hernando de: 58
Severi: 102
Shneidman: 112, 115
Schreyer: 57
Simonín, C.: 16, 34
Sócrates: 124
Staub, Alexander: 46
Suetonio: 124

T.
Taboada, Paulina: 122
Tardié, Ambrosio A.: 56, 64, 149, 151
Teresa, Madre: 120
Thoinot, León: 64, 150, 181, 182, 213, 324
Tissot: 32
Tolomeo: 29
Travacio, Mariana: 373

U.
Uribe Cualla, Guillermo: 16, 24, 149, 150, 180, 202, 203, 214

V.
Vargas Alvarado, E.: 16, 37, 178, 300, 302, 308, 309
Velloso, Alvaro: 224
Vibert, Ch.: 85
Vidal, Susana M.: 132
Vidocq, François: 265

Vietz: 57
Vucetich, Juan: 57, 299

W.
Weisman, Avery: 119
Welzel, Hans: 338, 347, 348, 349
Weygandt, W.: 332
Winslow: 84, 249

Z.
Zacchias, Paolo: 17, 56, 64
Zaffaroni, Raúl: 338
Zambrano y Valdés, Ramón Ml.: 65
Ziegler, John: 170
Zoser: 55

ÍNDICE DE MATERIA

A.

Aborto: 325
- tipos de: 326

Abuso sexual:
- protocolo de: 320
- indicadores de: 320
- valoración global del: 321

Abusos deshonestos: 326
*Accidentología forense:*192
Accidentología laboral: 189
Accidente:
- de tránsito: 193
    - factores que intervienen: 195
    - causas de los: 195
- en el trabajo:189

Administración de Justicia: 226
Ahorcamiento: 204
- típicas: 204
- atípicas: 204
- incompleta: 204
- completa: 204
- signos externos en el cadáver, por: 204

*Anatomía:*17, 24
- anatomía patológica: 29
    - formación de la: 29
- correlación anatomopatológica: 30, 32

Antídoto: 167
Antropofagia:
- cadavérica: 91

Antropología:
- biológica: 248, 251
    - paleoantropología: 248

- somatología: 248
- antropología dental: 248
- dermatoglífica: 248
- forense: 249, 251

Antropometria: 294

Asfixia:
- asfixiología medicolegal: 201
- concepto: 202
- tipos de asfixia: 202
- asfixia mecánica: 203
- Por obstrucción a las vías respiratorias: ahorcadura, estrangulación, sofocación: 203
- Por obstrucción de un obstáculo exterior a las vías respiratorias: 203
- Por compresión toraco-abdominal: 203
- Por introducción forzada de un cuerpo extraño: 203
- Por falta de oxigeno en el medio respirable: 204
- asfixia por óxido de carbono: 214
- asfixia por gas de alumbrado: 215
- asfixia por gas de letrina: 216
- asfixia por gas de combate: 216
- asfixia por posición: 216

Atoro o atragantamiento:
- signos en el sitio del suceso: 211
- signos externos en el cadáver: 211

Autopsia:
- concepto: 75, 101
- objetivos de la: 107
- protocolo de: 103
- tipos de: 102
- la legislación de: 61
- autopsia psicológica: 115

B.

Balística:
- medicolegal: 314

Bertillonage: 294, 299

Bouchut:
- signo de: 84

C.

*Capacidad mental:*357
Carcelaria:
- institución: 283
- fines de la medicina: 287
Ciencias forenses:
- concepto: 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29
- disciplinas de las: 24
Confinamiento:
- signos externos en el cadáver: 212
Cuerpos Médico-Forenses: 60, 61, 63, 66, 70, 415, 429
Criminalistica:
- y medicina legal: 293
Culpabilidad:
- teoría psicológica de la: 340
- teoría normativa de la: 342
- teoría finalista de la: 347
- teoría funcionalista de la: 353
Chavigny:
- anillo de: 315

D.

Daño:
- concepto de:372
- moral: 373
- psíquico: 373
Delito:
- clasificación: 257
- vida del: 371
Delincuentes:
- clasificación: 265
    - clasificación de Lombroso: 266
    - clasificación de Ferri: 267
    - clasificación de Garófalo: 267
    - clasificación de Exner: 267
- acusados: 268
- juzgados: 268
Derecho:
- médico: 220
- victimal: 282

Derechos Humanos:
- de primera generación: 282
- de segunda generación: 282
- de tercera generación: 282

Desastre:
- investigación en: 198

Diagnóstico:
- de defunción: 111
- psiquiátrico: 374

Diagnóstico de:
- edad: 252, 295
- sexo: 253, 295
- talla: 295
- raza: 296

Dictamen:
- pericial: 46

Deontología forense:
- deontología médica: 217
- documentos medicolegales: 223
    - certificado medicolegal: 110
    - informe: 224
    - reinformes: 225

*Derecho médico:*220

Dopaje:
- definición propuesta por el C.O.I.: 168
- método de: 170
- tipos de: 170
    - genético: 170
    - sanguíneo: 170

Dopantes:
- sustancias: 171
    - anabolizantes: 171
    - anabolizantes andrógenos: 171
    - anabolizantes por esteroides: 171
    - diuréticos: 171
    - estimulantes: 171
    - hormonas péptidas: 171

E.
Enfermedades profesionales: 191
Edad:
- diagnóstico de la: 252, 295
Enjugamiento:
- anillo de: 185
Enterramiento:
- signos externos en el cadáver: 214
Equimosis:
- de primer, segundo, tercero y cuarto grado: 176, 177
Escena:
- investigación medicolegal de la: 252, 300
- concepto medicolegal de la: 301
- tipo de: 303
- signos en la escena: 92
Eutanasia:
- breve historia: 122
- concepto: 129
- tipos de: 134
- variables de la: 138
- en la actualidad: 141
- en América: 142
Estomatología:
- rugoscopia como técnica de la: 296
- queiloscopia como técnica de la: 296
Estrangulación:
- a lazo: 206
- a mano: 206
- signos externos del cadáver de la: 206
Exhumación: 75, 94
- tipos de: 96
    - ordinaria: 96
    - extraordinaria: 96
- por vencimiento del arrendamiento: 97
- requisitos de la: 96

F.
Fenómenos cadavéricos:
- Tempranos: 86
- enfriamiento:86

- deshidratación: 87
- lividez: 88
- rigidez: 87
- Tardíos: 89
    - conservadores: 92
        - corificación: 92
        - momificación: 92
        - saponificación: 92
    -destructores: 89
        - antropofagia cadavérica: 91
        - autólisis: 89
        - putrefacción: 89

H.

Halo:
- de contusión: 315
- de enjugamiento: 185

Heridas:
- concepto: 183
- etiología medicolegal de las: 187
    - accidental: 189
        - heridas múltiples: 189
    - homicida:
        - de defensa: 187
        - pasionales: 188
        - de lucha: 188
    - suicida:
        - de vacilación: 189
- tipos de:
    - por armas blancas: 184
        - incisas: 184
        - contusas: 184
        - punzantes: 184
        - punzo-contusas: 184
    - por armas de fuego: 185
        - de acuerdo al cañón: 185
        - de acuerdo a la distancia: 185
        - de acuerdo al proyectil: 185

Himen:
- concepto: 319

- formas de: 319
Huellas:
- genética: 255
- dental: 296
- de mordedura: 179

I.
Iatrogenia: 153
Icard:
- signo de: 84
Identificación:
- criminalistica: 295
- dactiloscópica: 295
- dental: 296
- medicolegal: 295
- de pelos: 309
Imputabilidad:
- disminuida: 335
Inimputabilidad:
- causas de: 336, 337
Incineración: 94
Indicios:
- rastros de: 306
    - sangre: 307
    - semen: 307
    - pelos: 309
Infanticidio: 329
Informe pericial:
- algunas características del: 227
- diferencia entre certificados e informes: 225
Inhumación: 75
- requistios de la: 95
Instituto Nacional de Ciencias Forenses:
- resolución 19659: 408
Intoxicación:
- etiología de la: 152
- etapas de la: 153
- autopsia medicolegal en la: 156
Invalidez:
- grados de: 192

J.

*Josat, signo de:*84

L.

Lesionología medicolegal:
*Lesiones:*176
- concepto: 176
- tipos de: 176
    - lesiones contusas: 176
        - simples: 176
        - complejas: 179

*Lesiones personales:*180
- lesiones mortales: 181
- lesiones post-mortales: 181
    - de origen accidentales: 181
    - de origen criminal: 182
- lesiones sexuales: 200

*Lofoscopia:*24

M.

M´Naghten, Regla:
Medicina legal:
- definición: 23, 33, 34, 35, 36
- clasificación: 36, 37
- importancia: 41
    - medicina legal general: 36, 38
        - social: 34
        - clínica: 34
    - medicina legal especial 36
        - derecho: 42
        - criminología: 15, 247
        - criminalistica: 37, 40
        - psiquiátrica: 37, 41
- relación con otras ciencias: 42
    a) con las ciencias jurídicas: 42
        - derecho: 42
        - derecho administrativo: 44
        - derecho constitucional: 42
        - derecho penal: 44

b) con ciencias no jurídicas:
- antropología: 45
- psicoanálisis: 46
- ética: 46
- derechos humanos: 48
- periodismo: 50
- lógica: 52
- ciencias físico-químicas y naturales: 54

Medicina Legal:
- evolución histórica y desarrollo de la: 55
- orígenes de la medicina legal en República Dominicana: 58
- medicina legal en la Antigüedad: 55
- medicina legal en la Edad Media: 56
- medicina legal en Europa a patir del Siglo XIX: 56
- medicina legal laboral:
- enfermedades profesionales: 191
-accidentes laborales: 189

Medidas de Seguridad:
- curativas: 375
- de libertad vigilada: 376

Morgagni, la mesa de: 32

Muerte:
- definición jurídica de la: 76, 77
- formas de: 79
- natural o crónica: 79, 80
- legal o violenta: 79, 82
- sospechosa de circunstancia anormal: 79, 81
- diagnóstico de defunción: 83
- semiología de la muerte:
- signos negativos: 83
- circulatorios: 84
- neurológicos: 83
- respiratorios: 84
- signos positivos: 84
-deshidratación cadavérica: 87
-enfriamiento: 86
-rigidez: 87
-espasmo: 88
-lividez: 88
-hipóstasis: 89

-putrefacción: 89
- procesos que se producen en la: 90
- períodos de la: 91
- muerte violenta: 82
- investigación de la: 82

N.

Nudo:
- distal: 205
- proximal: 205

O.

Osteoantropología: 311

P.

Pelos:
- examen de: 309

Pericia:
- concepto:
- puntos de: 235, 238

Peritos:
- fines y alcance: 230
- formación: 232
- tipos de: 233
- asesores: 233
- de partes: 233
- de oficio: 233
- designación de: 234, 237
- procedencia de: 335
- recusación de: 335

Personalidades psicopáticas:
- primer grupo: 360
- segundo grupo: 362
- tercer grupo: 364

Policía:
- científica: 227

Policía mortuoria:
- disposiciones de la: 97
- introducir un cadáver de acuerdo al reglamento de la: 99

- requisitos para fines de enterramientos: 100
Psiquiatría Forense:
- concepto de: 331, 332

Q.
Queiloscopia: 296

R.
Responsabilidad:
- penal: 368
- médica: 221
Rugoscopia: 296

S.
Sangre:
- manchas de:
- morfología de la:
Secreto profesional:
- concepto: 222
- tipos de: 223
Semen:
- manchas de: 307
Sepultamiento:
- signos externos del: 212
Sexo:
- determinación del: 313
Sexología forense:
- concepto: 317
Sofocación:
- directa: 210
- indirecta: 210
Suicidio:
- concepto: 113, 115
- tipos de: 113
  - altruista: 113
  - anómico: 113
- etiología del: 114
Suicidiología: 111
Sumersión:
- signos específicos de la: 208

- signos inespecíficos de la: 208
Surco:
- duro: 205
- blando: 205

T.
Tanacronodiagnóstico: 74, 84, 85
- fenómenos bioquímicos:
- fenómenos cadavéricos:
- fenómenos fisiológicos:
Tanatología:
tanatología forense: 73, 74, 75
- fenómenos cadavéricos:
- signos de muerte:
- arte: eutanasia:
- ciencia: suicidiología:
- método: tanatología nueva:
Toxicología:
- toxicología forense: 149, 150
- en el campo: 160
- en el deporte: 168
- reseña histórica de la:
- principios generales de la:
- autopsias en la: 156
- etiología medicolegal: 152
- naturaleza: 154
- etapas: 154
- laboratorio de: 159
Tóxico:
- y veneno: 151
- la naturaleza del: 154
Trasplantes:
- concepto y elementos de los: 145
- autotrasplantación: 143
- heterotrasplantación: 143
- alotrasplantación: 143
- en asistolia: 146
- bipulmonar: 146
Trasplantes de Órganos y Tejidos:

- concepto jurídico de los: 143
- legislación nacional de los: 145
Traumatología forense:
Trauma: 173
- concepto medicolegal: 173
- traumatismo: 174
- mecanismo general de los: 175
- clasificación clásica de los: 175
- externos o percutáneos: 175
- internos o subcutáneos: 175:
- mixtos: 175
- térmicos: 176
- eléctricos: 176
- químicos: 176
I*nhumación:* 75
- requistios de la: 95

V.
*Variabilidad biológica:*250
Veneno (s):
- agrícolas: 160
- clasificación de los: 160, 161, 162, 163
Victimología:
- y la medicina legal: 282
Violación:
- sexual: 323
Virginidad:
- y desfloración: 324

W.
Winslow:
- signo de: 84

COLECCIÓN

PENSAMIENTO CRIMINOLÓGICO DOMINICANO

SERIE:
INFORMES DE CRIMINOLOGÍA Y CIENCIAS FORENSES

· Breviario de Medicina Legal en la República Dominicana
Wilfredo Mora

· La Enseñanza de la Psicología Forense en las Universidades
Wilfredo Mora

SERIE:
MAESTROS DE LA CRIMINOLOGÍA

· Criminología Dominicana
Constancio Bernaldo de Quirós

· Penalidad en el Código Negro de la Isla Española
Constancio Bernaldo de Quirós

· Distribución Geográfica del Crimen
Freddy Prestol Castillo

· Maestros de la Criminología Dominicana
Wilfredo Mora

SERIE:
ESTUDIOS CRIMINOLÓGICOS

· Criminología y Violencia Urbana
Wilfredo Mora

SERIE:
CUADERNOS DE LA CÁRCEL

· Yo pasé un día en Sing-Sing
Leoncio Ramos

· Trabajos Penitenciarios
Leoncio Ramos

· Diario de la Cárcel. Vol. I
Wilfredo Mora

· Penitenciarismo Dominicano
Wilfredo Mora

WILFREDO MORA GARCÍA

Breviario de Medicina Legal, de Wilfredo Mora García,
con mil (1,000) ejemplares, terminó de imprimirse en
junio del 2008, en los talleres gráficos de la
Editora Búho, Santo Domingo,
República Dominicana